

Technická univerzita v Liberci

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A
PEDAGOGICKÁ

Bakalářská práce

2010

MARTIN VACEK

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

**Studijní obor
(kombinace):** Penitenciární péče

Drogové závislosti jako sociálně patologický fenomén

Drug Abuse as a Social Pathological Phenomenon

Bakalářská práce: 09-FP-KSS-4079

Autor:

Martin Vacek

Podpis:

Adresa:

Frýdlantská 50
46331, Chrastava

Vedoucí práce: doc. Ing. Jiří Vacek, CSc.

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
88	20	0	20	37	1

V Liberci dne:

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát): Martin Vacek
adresa: Frýdlantská 50, Chrastava
studijní obor (kombinace): Penitenciální péče
Název BP: **Drogové závislosti jako sociálně patologický fenomén**
Název BP v angličtině: **Drug Abuse as a Social Pathological Phenomenon**
Vedoucí práce: doc. Ing. Jiří Vacek, CSc.
Konzultant:
Termín odevzdání: 15. 4. 2010

Poznámka: Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování BP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 20. 3. 2009



děkan




vedoucí katedry

Převzal (kandidát): _____

Datum: _____

Podpis: _____

Název BP: DROGOVÉ ZÁVISLOSTI JAKO SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝ FENOMÉN

Vedoucí práce: doc. Ing. Jiří Vacek, CSc. Podpis: 

Cíl: Seznámit se se skupinou drogově závislých, provést výzkum délky užívání, jakých drog, rodinného zázemí, důvody prvotního braní drog a dle možnosti zjistit procentní výdrž drogové abstinence

Požadavky: Studium odborné literatury a zdrojů, formulace teoretických východisek, projektování průzkumu, zpracování získaných údajů

Metody: Dotazování a analýza sekundárních zdrojů

Literatura: GÖGLERT Ch., KÜHN F. Od návyku k závislosti. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
KÜHN L, R. Chytré drogy. 1. vyd. Olomouc: Adonai, 2000. 86 s. ISBN 80-86500-05-5
LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V., RADIMECKÝ, J. Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 94 s. ISBN 80-85490-76-5
SKÁLA, J. Závislost na alkoholu a jiných drogách. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 206 s. ISBN- 08-077-87
NEŠPOR, K. Návykové chování a závislost. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 20.března 2010

Podpis:

Poděkování

Poděkování patří zejména doc. Ing. Jiřímu Vackovi, CSc., který byl mým vedoucím bakalářské práce, práci jsem s ním konzultoval a pomáhal mi s jejím vedením. Konzultace a pečlivá kontrola mé práce mi byla přínosem. Dále chci poděkovat pracovníkům Terapeutické komunity v Nové Vsi za to, že mi věnovali čas a umožnili mi setkání s klienty jejich komunity.

V Chrastavě dne 20. března 2010

Martin Vacek

Název bakalářské práce: Drogové závislosti jako sociálně patologický fenomén

Název bakalářské práce: Drug Abuse as a Social Pathological Phenomenon

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009-2010

Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Jiří Vacek, CSc.

RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývala problematikou drog a drogové závislosti. Jejím cílem bylo určit důvody vzniku a předpoklady k drogové závislosti u drogově abstinujících v terapeutické komunitě Nová Ves. Dalším cílem bylo potvrdit důležitost terapeutických komunit v systému pomoci drogově závislým a určit procentuelní úspěšnost léčení.

Cílem mé práce bylo přiblížit problém užívání návykových látek a problém s odvykáním a drogovou abstinencí. Za největší přínos k řešení problematice bylo možné považovat zjištění vlivu úplné rodiny (ale dle vyjádření dotazovaných nefunkční rodiny) na vznik drogové závislosti. Tímto nebyl potvrzen původní předpoklad, že závislí pochází z rozvrácených rodin se špatnou výchovou a jsou ve větší míře obětmi týrání a zneužívání. Další přínos byl v ověření stavu služeb terapeutických komunit při odvykání drogově závislých a jim nabízené pomoci.

V práci byla věnována pozornost rodinným faktorům, které jsou často původním impulsem pro vznik závislosti a sociálně patologických jevů vůbec. V praktické části byla zkoumána účinnost terapeutických zařízení a jejich důležitosti pro zachování terciární pomoci drogově závislým.

Klíčová slova:

drogová problematika, droga, drogová závislost, drogová prevence, terapeutická komunita, toxikomanie, pomoc závislým

RESUME

Bachelor task dealt with the problems of drugs and drugs addiction. The aim was to determine the reason of origin and assumption to drugs addiction of drug abstaining in therapeutic community Nová Ves. The next aim was to confirm importance therapeutic communities in the system to help drug addicts and determine the minority of success treatment.

The aim of my task was to bring a problem of taking addictive substances and the problems with cessation and drug abstinence. The greatest asset to this problematic was determining the effect of the influence a complete family (but by the comment of respondents dysfunctional family) to the origin drug addiction. Thereby was not confirmed original assumption, that drug addicts come from broken home with bad education and are mostly victims of maltreating and abusing. Another positive aspect was verifying the status of therapeutics communities to stop drug addiction and offered help to them.

Task paid attention to the family factors, that are very often primary impulse for a origin of drug addiction and socially pathological phenomena ever. Practical part searched for influence of therapeutic centres and their importance for a keeping tertiary help to drug addict.

KEY WORDS:

Drug problems, drug, drug addiction, drug prevention, therapeutic center, toxicomania, help to dependings

SUMMARY:

Die Bakkalararbeit befasste sich mit der Drogenproblematik und mit Drogen. Das Ziel dieser Arbeit war, die Gründe des Entstehens und Voraussetzungen zu der Drogenabhängigkeit bei den Drogenabstinenten in der therapeutischen Kommunität Nová Ves. Das andere Ziel war, die Wichtigkeit der therapeutischen Kommunitäten im System der Hilfe Drogenabhängigen zu bestätigen und das Erfolgsprozent zu bestimmen.

Ich möchte in meiner Arbeit das Problem des Drogenkonsums, Probleme mit der Drogenentziehung und der Drogenabstinenz ernähren. Für einen grössten Beitrag zu der Problematik, die gelöst wurde, könnte man die Feststellung des Einflusses einer kompletten Familie (aber nach der Meinungsäusserung der Angefragten nicht funktionsfähigen Familie) auf die Entstehung der Drogenabhängigkeit zu halten. Damit es nicht die ursprüngliche Voraussetzung bestätigt wurde, dass die Abhängigen aus den zerfallenen Familien mit schlechter Erziehung stammen und dass sie mehr die Opfer der Misshandlung und des Missbrauches sind. Der weitere Beitrag war in der Bestätigung der Situation der Dienstleistungen bei den therapeutischen Kommunitäten bei dem Abgewöhnen der Drogenabhängigen und ihnen angebotenen Hilfe.

In der Arbeit wurde auch die Aufmerksamkeit den Familienfaktoren gewidmet, die oft einen ursprünglichen Impuls für die Entstehung der Drogenabhängigkeit und sozialpathologischen Erscheinungen überhaupt sind. In dem praktischen Teil wurde die Wirksamkeit der therapeutischen Einrichtungen und ihrer Wichtigkeit für die Erhaltung der terziären Hilfe den Drogenabhängigen untersucht.

SCHLÜSSELWORTE:

die Drogenproblematik, die Droge, die Drogenabhängigkeit, die Drogenprevention, die Drogenkommunität, die Toxikomanie, die Hilfe den Drogenabhängigen

OBSAH.....	Chyba! Záložka není definována.
ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	12
1.1 Historie drog a závislostí	12
1.2 Charakteristika, pojmy	15
1.2.1 Definice toxikomanie	15
1.2.2 Definice závislosti	16
1.2.3 Znaký závislosti	19
1.2.4 Stupně závislosti a trvání	22
1.2.5 Druhy různých závislostí	23
1.2.6 Stadia závislosti	24
1.2.7 Důvody pro vznik závislostí	25
1.2.8 Spolupůsobící faktory na vznik drogové závislosti	26
1.2.9 Vztah drog a společnosti dle Doc. MUDr. Skály	27
1.2.10 Druhy rizik užívání návykových látek	28
1.3 Spotřeba drog v ČR	29
1.4 Protidrogová politika a výdaje na protidrogovou politiku v ČR	31
1.4.1 Primární prevence	35
1.4.2 Drogová legislativa	36
1.5 Dělení drog	38
1.5.1 Látky centrálně tlumivé	40
1.5.2 Opiáty	41
1.5.3 Stimulační drogy	42
1.5.4 Halucinogeny	44
1.5.5 Konopí	45
1.5.6 Inhalanty	46
1.5.7 Závislosti na léčích	47
2 PRAKTICKÁ ČÁST	48
2.1 Cíl a předpoklady	48
2.2 Použité metody a metodika průzkumu	49
2.3 Zkoumaný vzorek	51
2.4 Výsledky průzkumu a jejich interpretace	52
2.4.1 Anamnéza drogově závislého z komunity Nová Ves	73
2.5 Vyhodnocení předpokladů	75
3 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	79
ZÁVĚR	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
SEZNAM PŘÍLOH	88

ÚVOD

V dnešní době, která s sebou přináší závažné problémy s drogovou závislostí je řešení tohoto problému velký problém pro společnost i každého závislého jedince s jeho rodinou. Někteří závislí se dokáží s menšími, nebo většími problémy vypořádat a někteří se závislostí bojují celý život. Některé závislosti zničí sociálně a některé i fyzicky.

K problému drogově závislých jsem se dostal ne zcela dobrovolně a ne z vlastní píle. Problém drog je v současné době velmi aktuální a s tímto mám také vlastní zkušenost, kdy můj švagr bral 4 roky drogy. Tato zkušenost zasáhla celou rodinu rodičů manželky i naší rodinu. S tím, jak se všichni pokoušeli pomoci, nebyla naše pomoc vždy správná a ucelená. Prvotní pomoc vycházela z nedostatku našich informací a ke všemu jsme se postupně propracovávali. Z tohoto důvodu vím o různých organizacích pomáhajících lidem s tímto problémem.

Mé setkání s problematikou závislostí mě přivedlo k zamyšlení o možných příčinách prvotního brání drog a životních osudech závislých. Dále jsem se zamýšlel nad odvykáním závislých. Z těchto důvodů jsem chtěl a následně vykonal praxi v rámci vysokoškolského studia v Komunitním centru Nová Ves pro drogově a jinak závislé. Zde jsem se seznámil podrobně s chodem zařízení a s nelehkým průběhem odvykacího procesu v komunitě závislých. V tomto zařízení jsem se chtěl blíže seznámit s osudy závislých lidí. Chtěl jsem poznat i jiné osudy drogově závislých, abych nebyl ovlivněn názorem na drogově závislého jedince z vlastní rodinné zkušenosti. Do komunity jsem přicházel s předpokladem, že tito lidé jsou hloupí a nezařaditelní a své problémy si způsobili sami. Po bližším seznámením s obyvateli z komunitního centra jsem zjistil, že tito lidé jsou inteligentní (i když mnozí z nich kvůli drogám nedodělali školu), mají všeobecný přehled o dění doma i ve světě. Dále jsem zjistil, že mnozí z nich se na cestu drog dostalo z rodinných poměrů – klientky byly doma zneužívány otcem, klienti většinou pocházeli z rozpadlých manželství rodičů s převážným alkoholismem jednoho z rodičů. V některých rodinách se vyskytovalo více narušených dětí – sourozenců. Z těchto rodinných poměrů byly drogy právě tou nabízenou cestou úniku před tíživými rodinnými poměry. Od problémů s rodinou se dostali, ale cesta, kterou se dali, nebyla správná a tímto si byli již vědomi.

Získané poznatky a zkušenosti pak byly využity v této bakalářské práci.

Naše bakalářská práce analyzuje možné příčiny prvotního užití drogy, délky závislosti a počet pokusů o ukončení závislosti obyvatel terapeutické komunity.

V teoretické části přiblížíme problematiku drogově závislých z pohledu odborných zdrojů. Praktická část se bude věnovat průzkumovému šetření pomocí dotazníku, který je zaměřen na obyvatele terapeutické komunity.

Cílem naší práce je zjistit příčiny užívání drog před příchodem do terapeutické komunity, určit strukturu závislosti a procentuelní úspěšnost léčby terapeutické komunity. Úspěšnost léčby bude zjišťována ze statistických údajů terapeutické komunity a od klientů dotazníkovým šetřením.

Doufáme, že zpracovaný materiál bude nápomocen k rozšiřování nabídek terapeutických komunit a důkazu o potřebnosti těchto zařízení v dnešní, finanční krizi zmítané společnosti.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Historie drog a závislostí

Již od nepaměti se lidé snažili a snaží změnit svou vlastní osobu a jejich vnímání a citové prožitky. K tomuto přistupuje fakt, že člověk má přirozenou potřebu opojení. Úsilí být ve stavu, ve kterém může najít formy zážitků, které mu v denní realitě zůstávají uzavřeny. Existuje přirozeně lidská potřeba překračovat hranice, vyhledávat cesty do neznámých končin, prozkoumávat nové věci, tedy uniknout obvyklému. Míníme tím touhu po extázi, po tom být mimo sebe sama, přání překročit vlastní omezení.¹

Jisté je, že vše, na čem se člověk stane závislým, může být považováno za drogu. Jsou i takové látky, které jsou pro lidský organismus jen málo nebezpečné, ale bohužel většina těch, na které si někteří lidé rádi zvykají jsou víceméně silné jedy.²

Návyk je z tohoto pohledu jedna z možností lidského chování v konkrétních situacích. Při tomto se mohou vzory chování mezi sebou lišit.

Výsledek návyku na drogu (tolerance) je, že se organismus musí vyrovnat s přítomností drogy jako cizí látky. Přizpůsobují se nervové buňky, takže časem už zvládnou vyšší dávky drogy, dokonce při trvalém podávání až tak vysoké, že by pro člověka při jejím prvním podání drogy znamenaly ohrožení života. Organismus se přizpůsobuje i tím, že roste jeho schopnost drogu chemicky měnit a tím ji zneškodňovat. Mnozí odborníci však nepovažují toleranci ve vztahu k droze za účelnou reakci organismu, ale za jistý projev poškození nervových buněk- za chorobný stav.³

Drogové závislosti se během 20. století staly skutečnou hrozbou současné civilizace. Jednoznačný vývoj směrem ke stále útočnějším drogám ve spojení s klesající věkovou hranicí těch, kteří je zneužívají, a jejich plošné šíření jsou základní premisy této hrozby. Dalším, neméně závažným důsledkem je skutečnost, že výroba a distribuce drog jsou většinou v rukách organizovaného mezinárodního zločinu, který z těchto obrovských

¹ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 13

² KÜHN, R.: *Chytré drogy* 1. vyd. Olomouc: Adonai, 2000. s. 6

³ VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ, I.: *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. s. 12

příjmů financuje své další aktivity. Není tajemstvím, že peníze za drogy jsou financovány i mnohé teroristické organizace.⁴

Málo viditelné a plíživé jsou problémy s poškozováním zdraví velkých skupin obyvatelstva, a to jak tělesného, tak duševního, včetně potomků toxikomanů. O tyto lidi se musí následně společnost starat. Zároveň jsou alkohol a drogy příčinami řady trestných činů, rozpadů rodin, a podepisují se na špatné výchově dětí, jejich brzkého útěku od prostředí predeliktivní subkultury. Snahy vydávat drogy za problém izolovaný jsou škodlivé a odborně chybné.⁵

Narkotika a alkohol jsou stará jako je lidstvo samo. Jsou známa egyptská vyobrazení tradic Delfské věštírny, ze kterých se dá usuzovat na užívání drog. Dále jsou známy zápisky Marka Pola plné popisů psychotropních zážitků, tedy stavů způsobených narkotiky.

Opium, kokain a alkohol byly prokazatelně konzumovány již v kulturách mladší doby kamenné. Nápoje podobné vínu z datlí, fíků a medu se vyrábějí už alespoň 10000 let. Peyotl (kaktus rodu *Lophophora*, jehož stonek obsahuje halucinogenní látky), hrál již u Aztéků úlohu v rámci náboženství. Dále také šamani, zaříkávači a kmenoví kouzelníci využívali omamných jedů v některých rostlinách, jež sloužily ke znecitlivění, nebo většinou k úplnému uspání pacienta, který měl například bolestivé poranění.⁶

I v minulosti bylo užívání drog spojováno s těžkým společenským, psychicko-sociálním a tělesným poškozením. Je třeba poukázat na ničící účinek dovozu alkoholu u severoamerických indiánů či původních obyvatelů Austrálie.

V neposlední řadě je užívání narkotik podstatně ovlivněno módními proudy. V 16. století se příchodem tabáku do Evropy stalo moderním nejprve šňupání a potom kouření. V Číně patřilo k dobrému tónu užívat opium a začátkem 20. století se v Evropě v kruzích intelektuálů užíval jako módní kokain.⁷

Po druhé světové válce byly u nás látky, které byly považovány za psychotropní pod účinnou kontrolou. První unikl pozornosti lék Psychoton (amfetamin), ale byl včas zachycen. Díky železné oponě se do Československa nedostávaly klasické drogy a proto se

⁴ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s. 106

⁵ SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. Díl*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001 s. 19

⁶ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 16

⁷ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 18

začalo rozšiřovat epidemiologické zneužívání některých léků. Nejvíce se jednalo o analgetika, které nebyly registrovány jako nebezpečné, naopak byly ve volném prodeji.

Další éra byla krajně nebezpečného halucinogenu LSD. Tento se však rozšířil pouze krátkodobě.

Ve druhé polovině šedesátých let se rovněž rozšířil-sniffing (vdechování výparů). Při vdechování chemických organických rozpouštědel (Trichoretylén, Toluen) vzniká typ abúzu, který zanechává akutní intoxikace. Ti, kteří u sniffingu vytrvají, patří k nejhůře zvladatelným případům.

V sedmdesátých letech přešla toxikomanická populace na nitrožilní injektování roztoků z léků obsahujících kodein, zejména z tablet Alnagonu. Tím se u nás rozšířil pervitin.⁸

Pervitin není českým vynálezem, jak se mylně traduje. Pervitin, chemicky metamfetamin, je derivát amfetaminu a byl vyroben již v roce 1887 a závislost byla na našem území popsána v roce 1941. Metamfetamin, tedy pervitin, byl vyroben v Japonsku v roce 1888. Do Evropy se dostal v roce 1929 a za druhé světové války jej používali sebevražední letci kamikadze, němečtí parašutisté, nebo byl užíván i k potlačení bojové únavy vojsk. Samotné slovo pervitin je německého původu.⁹

Do poloviny 70. let minulého století byla léčba závislostí až na několik výjimek převážně uniformní. Lidé, kteří měli problémy s pitím nebo s neopiátovými drogami, byli hospitalizováni a prošli 28denní detoxikací a obdrželi informace o alkoholu a drogách. Pacienti se také seznámili se svépomocnými skupinami. V úsilí o abstinenci provázelo klienta také poradenství, které jej mělo podpořit v tom, aby využil vyšší moci. Pacienti s opiátovou závislostí byli zařazováni do ještě dlouhodobějších programů vedených vyléčenými pacienty podle modelu terapeutické komunity. Jiným klientům závislých na opiátech byl doporučen metadonový substituční program. Léčba závislostí byla mnoho let organizována v rámci modelů – svépomocných skupin, terapeutických komunit a metadonového programu. Jednotlivé léčebné programy se vzájemně příliš nelišily, zastávaly podobnou filozofii a příliš se snažily uzpůsobit potřebám klientů.¹⁰

⁸ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s. 108

⁹ SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. Díl*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001 s. 20

¹⁰ ROTGERS, F.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. s. 9

1.2 Charakteristika, pojmy

Pojem droga je výpůjčkou z francouzského slova „drogue“ vyskytujícího se ve 14. století a obecně označuje sušené, tedy živočišné nebo rostlinné suroviny. U tohoto pojmu došlo ke změně významu. Jednak se tímto označují léčivé rostliny, jednak také ve speciálním významu psychoaktivní přirozené, polosyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti.¹¹

Další, spíše společenská a konvenční otázka je, zda alkohol a ostatní legální narkotika se počítají k drogám. Droga je chemická látka nebo směs látek, která může (ale ne vždy a u každého) vyvolat potřebu opakovaného užívání. Pro drogovou definici by splňovala i káva, protože se i u ní dá zjistit ovlivnění psychiky. („ne, já si už kávu nedám, protože bych potom nespál“). Společná vlastnost látek je, že působí na nervový systém a lidskou psychiku.¹²

K. Kalina uvádí: „Drogou rozumíme přírodní nebo syntetickou látku, která má výrazný účinek na lidskou psychiku (psychotropní efekt) a při kontinuálním užívání vede k psychické nebo somatické závislosti a k zdravotním a sociální poruchám.“¹³

1.2.1 Definice toxikomanie

Definice toxikomanie je dle výroku Světové zdravotnické organizace psychický a někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu pravidelně pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu.¹⁴

¹¹ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 18

¹² PRESL, J.: *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. s. 9

¹³ KALINA, K.: *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Nadace FILIA, 1997. s. 18

¹⁴ VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ I.: *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. s. 7

Většina toxikomanů používá více substancí zároveň, ať už jde o alkohol a nikotin v oblasti legální, či heroin a kokain v oblasti ilegální. Pojem polymorfní toxikomanie, užívaný často pro tento druh užívání substancí, není správný. Často to jsou vzorky průvodního chování při konzumu, nebo jako u heroinu a rohypnolu substituční chování v důsledku chybějících finančních prostředků. Pravá polymorfní toxikomanie nastává, jestliže uživatel substance po delší dobu užívá základní skupinu jako hlavní drogu a později, v jiném kontextu, tuto skupinu změní.¹⁵

1.2.2 Definice závislosti

Závislost je neschopnost obejít se bez něčeho, nebo někoho, nejčastěji stav chronické, nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené, nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost. Dnes se většinou užívá pojem drogová závislost, ještě přesněji látková závislost.¹⁶

Syndrom závislosti dle WHO

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek, má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky, které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány (alkohol nebo tabák). Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuoobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.¹⁷

Pojetí závislosti dle doc. MUDr. Jaroslava Skály je rozšířeno o názor, že jedinec registruje změnu způsobenou drogou většinou jako příjemnou a žádoucí, zvláště, když jeho výchozí stav před subintoxikací je nějak výrazněji vychýlen, ať už ve směru dysforie a

¹⁵ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 21

¹⁶ HARTL, P.: *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 295

¹⁷ NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 14

deprese (které by se chtěl zbavit), nebo naopak nadnesenější euforie (která vyvolává touhu po ještě dalším stupňování).

Teoreticky nejmenší hodnotu by tento prožitek změny měl mít pro zdravého jedince, který žije ve vyrovnané pohodě vnitřní i mezilidské, plně zaujatý aktuální aktivitou i pozitivními perspektivami. Taková optimální pohoda je, avšak asi v lidském životě dost vzácná. Takže dočasná změna, získaná pomocí drogy poměrně pohodlně a rychle, je nejen velmi vítána, ale po jejím odeznění vzniká navíc chuť a přání po jejím opakování. Je tím naléhavější, čím nepříznivější nebo rozkolísanější je základní somatopsychický stav.

Je-li pak příležitost setkání s drogou opakovat častěji a droga nevyvolává nějaké výraznější, subjektivně registrovatelné vedlejší účinky, mění se počáteční pouhý zájem o opakování drogového prožitku postupně v touhu, později v naléhavou touhu a nakonec v ovládavou potřebu.¹⁸

Dle amerického doc. Fredericka Rotgerse je závislost pojímána jako několik kroků k původu, udržování a modifikaci závislého chování .Ačkoliv je řeč modelu jazykem laiků a ne profesionálních psychologů či jiných vědců, je jazykem bohatým a vyčerpávajícím, vztahujícím se k mnoha fyzickým, psychologickým, sociálním a duchovním aspektům člověka.

Modely onemocnění :¹⁹

Dimenze biologická – výzkumy tohoto století ukázaly, že mozek je elektrochemický systém zpracovávající informace. Lidský mozek je skutečným mořem chemikálií. Alkohol a jiné drogy vstupují do chemického prostředí mozku a způsobují v něm hluboké změny, které doprovázejí podstatné pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování.

Dimenze psychologická- drogově závislí často trpí vážným nedostatkem sebeúcty. Problémy v sebehodnotících postojích mohou předcházet aktivní závislosti, ale je pravděpodobné, že negativní sebehodnocení závislých ve velké míře vyplývá ze studu, nízkého sebehodnocení, zlosti, či zášti. Obranné mechanismy se projevují jako popření,

¹⁸ SKÁLA, J.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 140 s

¹⁹ ROTGERS, F.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishng, 1999. s. 18-31

racionalizace projekce, zlehčování problému a odporu ke zpětné vazbě o sobě od jiných lidí.

Dimenze sociální- drogově závislí se též musí potýkat s narůstajícími problémy sociálními. Nejprve obvykle trpí systém blízkých osobních vztahů, které podporují a posilují zdravý vývoj a fungování. Manželství závislých jsou často narušována frustrací, zlostí ústící v nenávist, strachem, zklamanými očekáváními, pocity viny, lítostí, depresi a pronikavými pocity beznaděje a bezmoci. Tyto intenzivní emocionální stresy a nespokojenosti často vedou k dalšímu užití drogy, která na počátku problémy ve vztazích způsobila a ve které postižení hledají úlevu.

Dimenze spirituální – u mnoha lidí vede užívání drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života. Nejistota a zmatek poznamenává s prohlubující se závislostí poznatky o sobě samém, přesvědčení o osobních cílech a způsobech jejich dosažení. Pocit zoufalství je častým důsledkem závislosti, ale také podnětem k dalšímu užívání. Nic nemůže vnitřní prázdnotu alkoholiků a drogově závislých naplnit stejně jako drogy.

Osobní odpovědnost, bezmocnost a bezradnost- pocit osobní odpovědnosti vymizí, pokud pacienty podporujeme v přijetí své závislosti jako nemoci. Z tohoto hlediska budou drogově závislí jednoduše pokračovat v konzumaci. Budou tvrdit, že jsou nemocní a nemohou si pomoci. Tento názor se opírá o přítomnost genetických a dalších biologických etiologických faktorů. Závislí lidé nezodpovídají za rozvoj onemocnění, ale jsou jistě odpovědní za svůj přístup k němu od chvíle, kdy zjistí, že nemocí trpí. Teorie vychází z odpovědnosti.

Stanovení priorit a vazba na čas-proces terapeutické změny by měl být uspořádaný a měl by sestávat z jasně stanovených priorit. Tato fráze znamená, že v časných fázích léčby je vhodné odložit pokusy o řešení těch otázek, které nesouvisejí přímo s pitím a užíváním drog, až do doby, kdy je dosaženo stabilní úrovně abstinence. Tyto otázky nejsou považovány za nedůležité, ale musí se stanovit, kdy nastala vhodná doba k jejich řešení. Většině závislých se nedaří pokročit v řešení problémů, pokud nedosáhnou střízlivosti, a to i přesto, že se snaží. Požívání drog člověka ovlivňuje významným způsobem. Zasahuje negativně do fungování mozku a do kognitivních procesů, které jsou spojeny s logickým

myšlením, hodnocením, řešením problémů a rozhodováním. Je vhodné na nějaký čas odložit řešení komplexních problémů.

Podle mezinárodní klasifikace chorob (ICD 10) se pokládá za závislost, když byla během posledního roku splněna tato kritéria:

1. silné přání požívat psychotropní substance
2. snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané substance
3. užívání substance ke zmírnění abstinenčních syndromů
4. rozvoj tolerance
5. omezený úsudek o chování při zacházení se substancí
6. pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů
7. pokračující užívání substance přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky²⁰

Závislost vede k narušení osobnosti, ke snížení výkonnosti a často i inteligence. Pokud dojde v důsledku chronického nebo akutního působení psychotropní substance k poškození centrálního nervového systému, a tak ke změně osobnosti, je třeba otravy drogami jako choroby zasahující mozek řadit v systému klinické psychiatrie k psychózám se somatickými příčinami.²¹

1.2.3 Znaký závislosti

Existuje řada nespecifických znaků, které poukazují na to, že člověk užívá drogy. Tyto znaky se mohou, ale nemusí projevovat. Kromě toho se vyskytují i u jiných poruch. Naopak je však najdeme u každého konzumu drog téměř vždycky.

²⁰ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 20

²¹ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 20

Všeobecné symptomy u toxikomanů

1. změna okruhu přátel, sociální ústup
2. úloha strukturovaných aktivit ve volném čase
3. změněný denní rytmus (v noci aktivní, ve dne unavený)
4. zvýšená potřeba peněz bez viditelných nákupů
5. změněný výkon ve škole, práci - přitom dává vinu druhým
6. častá onemocnění
7. nezdravý, bledý vzhled
8. silné zanedbávání vnějšího zjevu
9. změna osoby a kolísání nálad
10. v rozhovoru nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat

Dále existuje řada nespecifických znaků, které poukazují na to, že člověk užívá drogy. Tyto znaky se mohou, ale nemusí projevovat. Kromě toho se vyskytují i u jiných poruch.²²

Kritická doba počátku konzumování drog je většinou mezi 12 až 14 lety, někdy i dříve. Od prvního konzumu až k úplnému obrazu závislosti uplyne většinou několik let. Návyk se vytváří postupně v několika stádiích. Krize je mohou urychlit. Řada rizikových faktorů ukazuje jasnou souvislost s počátkem drogové závislosti.

Mladí mají často obavu, že je nikdo nebude brát vážně a akceptovat, spojenou se silnou nejistotou a snadnou urážlivostí. Potřebují uznání a potvrzení svých kvalit. Jestliže se jim toho nedostane, dostaví se mučivý, bolestný pocit selhání.

Nejsou si sami sebou jisti. Už nejmenší kritická poznámka může vyvolat silné pochybnosti o sobě a zranit trvale labilní pocit sebehodnocení. Takové poznámky nejsou brány jako kritika chování, nýbrž jako ohrožení celé osoby a vyvolávají silné pradávné úzkosti a strach, že budou opuštěni, sami, nemilovaní, bezmocní a bez pomoci.

Často je schopnost aktivně zacházet a vyrovnat se s nepříjemnými pocity vyvinuta jen nedostatečně. Konzum drog se pak může stát jedinou možností zapomenout na frustrující situace a pocity, ohlušit selhání.

²² GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 41

Droga usnadňuje vytěsňování a napomáhá unikat každodenní realitě, místo toho, aby jí byl člověk vystaven. Přitom se oslabují dosud existující aktivní schopnosti k zvládnutí problémů a změn nálady.²³

U mladých lidí hraje často úlohu skupina- parta, ať už složená z jednotlivců přibližně stejného věku. Přicházejí do styku s drogou na večírcích, kolejích a jinde. Dále je zde skupina starších stálých návštěvníků kuřáckých místností na pracovišti či v místní restauraci .

Důležitou úlohu má v případě alkoholu, kouření i některých léků rodina. Dítě nebo mladý člověk, který vidí kolem sebe i u svých nejbližších pravidelnou konzumaci, může získat dojem, že jde o běžné neškodné jednání.²⁴

Cílová skupina dětí a mladistvých není pouze okrajovou populací ohroženou návykovými látkami. Statistické údaje naopak ukazují, že trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15-19 let – v.r. 2001 spadalo do této věkové kategorie 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrožilně. U věkové skupiny dětí do patnácti let nevyznívají statistické údaje na první pohled tak dramaticky – za rok 2001 bylo registrováno 97 nových uživatelů do patnácti let, což jsou 2,3% z celkového počtu. Více alarmující je zjištění užití drogy, kdy 14% uživatelů uvádí první užití drogy před patnáctým rokem života.²⁵

Jako spouštěcí faktor může být výskyt osoby v určitém prostředí a čase . Můžou se aktualizovat nebo urychlit negativními prožitky a událostmi.

Mohou to být konflikty v zaměstnání, v rodině, v partnerských vztazích. Zvláště závažným podnětem může být ztráta či odloučení od osoby, či osob pro život důležitých nebo nepostradatelných (např. úmrtí).

Zvláště významným spouštěcím faktorem může být tlak společenské skupiny na jedince, aby užíval drogy. Ten bývá vyvíjen v kolektivech spoluzaměstnanců (alkohol) a ve společnosti či partách mladistvých (kouření cigaret, zneužívání nealkoholických drog).

Jakmile se zneužívání drog zakoření v nějaké skupině, má pak tendenci se v ní šířit.²⁶

²³ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 42

²⁴ VIŠŇOVSKÝ P., BEČKOVÁ I.: *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. s. 9

²⁵ KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, s. 232

²⁶ RIESEL, P.: *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1999. s. 22

1.2.4 Stupně závislosti a trvání

Z hlediska trvání abúzu i stupně závislosti na droze se udávají fáze:

- ❖ Experimentu – pokusné, většinou jednorázové setkání s drogou. To však může být toxikomanovi osudné a může se „rozjet“. Toto riziko je nejvýznamnějším argumentem proti legalizaci tzv. měkkých drog.
- ❖ Zneužívání (abúzu) drogy – nadměrné požívání drogy jak co do množství, tak frekvence. Zařazuje se sem i užívání drogy v nevhodnou dobu (práce, gravidita, řízení auta)
- ❖ Závislosti – které se dělí na závislost fyzickou a psychickou.²⁷

1. *Psychická závislost* je nepotlačitelná touha užívat psychotropní substanci pro její povzbuzující, euforizující, stimulující, nebo také tlumivý a halucinogenní účinek. Touha získat drogu všemi prostředky a konzumovat ji, je tak silná, že konzument nemá šanci odolat. Proto se páchají kriminální trestní činy pro získání peněz. Psychická závislost vzniká druhem „návykové paměti“, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku. Přání zažívat znovu a znovu opojení svádí k častějšímu užívání. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost.

Psychická závislost je silná touha po droze. Abstinenční syndrom - se týká psychické oblasti, ale může se projevovat i fyzicky (např. třes, pocení, nesoustředěnost, atd.). Většinou se jedná o neovladatelnou touhu vzít drogu (ale taky třeba opakovat určitou situaci, chování, ...). Často se stává, že se rozvine kombinace závislosti na látce a rituálech spojených s jejím užíváním (např. kafičko na návštěvě, nebo příprava injekční aplikace tvrdých drog). Psychická závislost vzniká u všech drog!²⁸

27 SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s.111

28 Silmarilli blog, [cit. 31.7.2009]. Dostupné z <http://angelblack.blog.cz/0610/drogy-zavislost>

2. *Tělesná závislost* Při absolutní nebo relativní abstinenci, tedy když úplně chybí substance nebo se redukuje dávka, dochází k mučivým abstinenčním jevům. Základem je skutečnost, že se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na substanci a po určité době může fungovat jen s drogou. Při tomto se projevují abstinenční příznaky. V rámci zvyšování snášenlivosti si musí toxikoman dodávat stále více substance, aby dosáhl stejného účinku. Zvyšování snášenlivosti je přítěžujícím faktorem závislosti.²⁹

Tělesná závislost vzniká tak, že se droga stane součástí metabolismu. Na její vysazení reaguje tělo fyzickým "abst'ákem" (např. u heroinu: průjemy, křeče, dehydratace, ...). U některých drog (včetně alkoholu - delirium tremens) může být tento stav smrtelný! Proto existují specializovaná detoxifikační oddělení, kde závislý člověk odabstinuje pod lékařským dohledem. Detoxifikace trvá většinou týden až deset dní.³⁰

1.2.5 Druhy různých závislostí

Tab. 1: druhy závislostí³¹

Závislost na:	Přirozená podoba	Nepřirozená podoba
Jiném člověku	Matka – dítě	PSYCHICKÉ A FYZICKÉ VYDÍRÁNÍ
Potravě	Zdravá životospráva	BULIMIE A MENTÁLNÍ ANOREXIE
Práci	Vyvážená pracovní činnost	WORKHOLISMUS
Zábavě	Smysluplné trávení volného času	GAMBLERSTVÍ
Sportu	Rekreační sport – kultivace těla	STEROIDISMUS
Sexu	Harmonický manželský sexuální vztah	NEUROTISMUS
Tabáku	Nemá přirozenou podobu	NIKOTINISMUS
Alkoholu	Nemá přirozenou podobu	ALKOHOLISMUS
Drogách	Nemá přirozenou podobu	DROGOVÁ ZÁVISLOST

29 GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 22

³⁰ Silmarilli blog, [cit. 31.7.2009]. Dostupné z <http://angelblack.blog.cz/0610/drogy-zavislost>

³¹ NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PROVAZNÍKOVÁ, H.: *Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav v nakl. Fortuna, 1998. s. 28,29

1.2.6 Stadia závislosti

Fáze vývoje závislosti

1. euforické počáteční stadium

- ❖ lehký přístup k droze
- ❖ zbavení úzkosti, uvolnění , omámení
- ❖ vrůstající pocit sebehodnocení
- ❖ zvýšené sebevědomí

2. kritické stadium navykání

- zmírnění účinku se stupňováním dávek drogy
- konflikty v zaměstnání a ve škole
- zúžení zájmů
- finanční problémy
- poruchy sebehodnocení

3. stadium návyku, respektive závislosti

- ❖ ztráta kontroly nad drogou a dávkou
- ❖ pokles pracovní schopnosti ve škole a v povolání
- ❖ kriminalita a vyřazení ze společnosti
- ❖ změna osobnosti a abstinenční příznaky
- ❖ tělesná postižení

4. chronické stadium rozkladu

- úbytek snášenlivosti drogy
- neschopnost finančně se zaopatřit
- zchudnutí
- bezdomovectví
- opuštěnost, zanedbanost
- těžká tělesná onemocnění
- duševní rozklad³²

³² GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 45

Ze sémantického hlediska jde o vývoj, který probíhá na ose pojmů: užívání, zneužívání (misúzus), nadužívání (abúzus), návyk (nutkavý abúzus) a závislost.

Dynamika, rychlost rozvoje a trvání jednotlivých stadií se může značně měnit, jak podle druhu drogy, tak v závislosti na osobnosti a věku postiženého i na obecné dosažitelnosti drogy.

Skok od zneužívání k závislosti má charakter změny kvalitativní a trvalé a návrat do předchozích stadií je podle většiny klinických zkušeností zpravidla už nemožný. Závislý jedinec, odsouzený k postupnému somatopsychickému a sociálnímu debaklu, se může zachránit pouze přechodem do nové kvality, kterou je trvalá a důsledná abstinence od jakýchkoliv látek s psychotropním účinkem.³³

1.2.7 Důvody pro vznik závislostí

Důvody vzniku závislostí jsou různé. Zde záleží na pohledu osoby, která se dívá na závislého. Jinak se dívá příbuzný drogově závislého, jinak drogově závislý a jinak terapeut.

Existuje několik teorií, jak se dívat na závislost a vysvětlit jí.

Biologická teorie

- předpokládá vrozené nebo získané odchylky ve fungování mozku uživatele. Tyto odchylky vznikají již v době těhotenství matky budoucího závislého (matka alkoholička, toxikomanka), nebo byly zapříčiněny během porodu (použití tlumivých látek).

Psychoanalytická teorie

- říká, že drogová závislost je určitou formou sebetrestání, které postupně získává podobu pomalé a prodlužované sebevraždy. Jde o narušení vnitřního já, což má za následek vyvolání představy o vlastní všemohoucnosti. Psychoanalytici pak vzhledem

³³ SKÁLA, J.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. s. 141

k závislému používají termíny jako narcistní, egocentrická, dětinsky sebevraždná a do sebe zahleděná osobnost.

Transpersonální teorie

- v mnohém navazuje na předešlou teorii a zároveň tvrdí, že u drogově závislých není nejhlubším motivem pro drogy potřeba navrátit se do období kojení, ale je zde mnohem hlubší touha po zážitcích neurčité jednoty nerušeného nitroděložního života.

Kognitivní teorie

- používá pojmy jako životní pozadí, spouštěcí kritická událost, v mysli zakořeněné problémové myšlenkové programy, které člověku dovolují užít drogu a tzv. automatické negativní myšlenky.

Behaviorální teorie

- tvrdí, že závislost na drogách je naučené chování. Mozek si ukládá pro něj kladné prožitky z užívání drogy a tak to chce znovu a znovu, aniž by nás mozková kůra, kde je sídlo rozumu, upozorňovala na následky, které z užívání plynou.

Sociální teorie -navazuje na teorii předchozí a vyzdvihuje snadnou dostupnost drog ve společnosti, mluví o strachu z odtržení od rodiny a o snaze posilovat vazby na rodiče a další blízké osoby.³⁴

1.2.8 Spolupůsobící faktory na vznik drogové závislosti

- ❑ Typ, charakter a dostupnost drogy – vedle preference účinku jednotlivých drog nebo jejich skupin se jako ještě důležitějším jeví dostupnost drogy, zejména dostupnost ekonomická.
- ❑ Struktura osobnosti – jde o širokou škálu problematiky. K drogám se uchylují většinou lidé úzkostní, ti, kteří neumí vyřešit přirozeně své problémy, lidé s různými anomáliemi psychiky.

³⁴ PEŠEK, A., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O.: *Drogová závislost, aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek : ARKÁDA, 2007. s. 8-10

- ❑ Působení sociálního prostředí (společenské a psychologické vlivy)- jde zejména o vliv part, ale i celkově příznivému klimatu pro zneužívání drog ve společnosti.
- ❑ Podnět, spouštěcí či provokující faktor – může jím být momentálně tíživá situace, stres či pocit jedince, že není schopen adekvátně vyřešit aktuální problém. Častou motivací je i snaha neodlišovat se od skupiny, někdy i zvědavost.³⁵

1.2.9 Vztah drog a společnosti dle Doc. MUDr. Skály

*Doc. MUDr. Skála rozlišuje zákonitosti platící ve vývoji vztahu drog a společnosti:*³⁶

Stadium naivního setkání. Jde o období prvních setkání určité drogy s jedním nebo více členy určitého společenství, při kterých má droga příjemné účinky – ukazuje zatím jen svou hezčí tvář.

Stadium expanze drogy. Jedinec, který se s drogou setkal a poznal její účinky, které mu byly příjemné , žádoucí nebo i nějak léčebně užitečné, se snaží o svůj objev podělit s dalšími členy společenství. Setkání s drogou se takto rozšiřuje i na jiné jedince a je-li droga dosažitelná v dostatečném množství, začne zákonitě u některých jedinců docházet k stále častějšímu požívání , k návyku a posléze k závislosti.

Stadium poučení. Společnost, v níž se začnou vyskytovat drogově závislí jedinci , si nemůže nepovšimnout katastrofického vývoje jejich somatopsychického stavu, debaklu jejich společenského fungování a špatného dopadu jejich chování i na nejbližší mezilidské okolí. Společnost poznává, že drogy mají také rizika a uvědomuje si, že je nutné, aby zasáhla.

Stadium společenského zásahu a regulace. Byly a patrně budou situace, kdy u určité drogy a v určitém společenství nedojde k omezujícímu zásahu nebo zákazu. Výroba

³⁵ SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. Díl.* 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001 s. 22

³⁶ SKÁLA, J.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. s. 141

i požívání drogy nejsou v takovém případě nijak omezovány a společnost volně konzumuje takové množství drogy, které je schopna si opatřit, vypěstovat nebo vyrobit. Naopak pokusy o úplný zákaz , prohibici , zatím asi nikdy, nikde a u žádné drogy v plném rozsahu trvale neuspěly a všechny dosavadní zkušenosti na celém světě ukazují, že lidstvo se už nikdy nedokáže úplně zbavit drogy, s níž se jednou setkalo.

1.2.10 Druhy rizik užívání návykových látek

4.1 Zdravotní rizika

Užívání návykových látek, jeho rozšíření v populaci a rizikové formy jejich užívání je všeobecně pokládáno za jeden z globálních problémů současné společnosti. Užívání a především nadměrné užívání legálních (tabák, alkohol, léky) a ilegálních drog (heroin, kokain, pervitin, marihuana , hašiš, extáze aj.) představuje pro jednotlivce, komunity, regiony i národy řady výrazných rizik - zdravotních, sociálních, ekonomických či trestně právních.

Mezi nejznámější zdravotní rizika patří možnost předávkování či vytvoření závislosti na užívané látce, injekční užívání drog představuje závažná rizika šíření krví přenosných infekcí(HIV, AIDS, virové hepatitidy typu B,C), a vznik duálních psychiatrických poruch vyvolaných v souvislosti s užíváním alkoholu nebo ilegálních drog.³⁷

4.2 Sociální rizika

Sociální rizika spojená s užíváním návykových látek bez ohledu na jejich zákonný status jsou obecně označovaná jako sociální vyloučení neboli exkluze. Pod toto jsou zahrnovány např. vyloučení uživatelů drog ze studia a nízká pracovní kvalifikace, propuštění ze zaměstnání, život na ulici (bezdomovectví) a problémy najít si po léčbě závislosti odpovídající pracovní příležitost. Ekonomická rizika představují zejména náklady společnosti vydávané na odvykání návykových látek. Jde na jedné straně o přímé

³⁷ VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ, I.: *Bludný kruh toxikománií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. s. 13

náklady - jako jsou výdaje na prevenci, na léčbu, na trestní postih nebo na vyplácení dávek v nemoci respektive sociálních dávek a podpory v nezaměstnanosti. Nepřímé náklady pak tvoří výdaje společnosti v souvislosti se ztrátou produktivity uživatelů drog či alkoholu v důsledku jejich úrazů, nemoci či předčasných úmrtí, a to nejen v souvislosti s nelegálními drogami a alkoholem, ale také v souvislosti s kouřením tabáku. Podstatné jsou také náklady na trestní postihy za sekundární drogovou kriminalitu (tj. trestnou činnost páchanou za účelem obstarání si prostředků na drogu nebo pod vlivem drogy) a ušlá produktivita v důsledku kriminálních kariér.³⁸

1.3 Spotřeba drog v ČR

V ČR se spotřebovalo přibližně 11,5 t konopných drog, 3,7 t pervitinu, 2,2 t heroinu, 1,2 mil ks tablet extáze, 275 tis. dávek LSD. Počet záchytů trestněprávních složek v případech konopných drog 191 kg a 1,6 tis. rostlin, heroinu 36 kg, extáze 108 tis. tablet, LSD 36 dávek, pervitin 3,4 kg. Čistota u zachycených drog se snížila u heroinu, zvýšila u pervitinu. Uvedené hodnoty jsou statistické za rok 2005.³⁹

V roce 2006 došlo k nárůstu úmrtí za přítomnosti drog z jiných příčin než předávkování – zejména se to týká nálezů pervitinu a konopných drog u smrtelných nehod, včetně dopravních.⁴⁰

Oproti situaci v 90. letech, kdy společnost zastávala spíše represivní postoje, roste tolerance k uživatelům drog a také podpora preventivních opatření. Kouření marihuany je stále považováno za obecně nepřijatelné chování, ovšem na druhé straně se za posledních 10 let zdvojnásobil počet osob, které podporují legalizaci marihuany.⁴¹

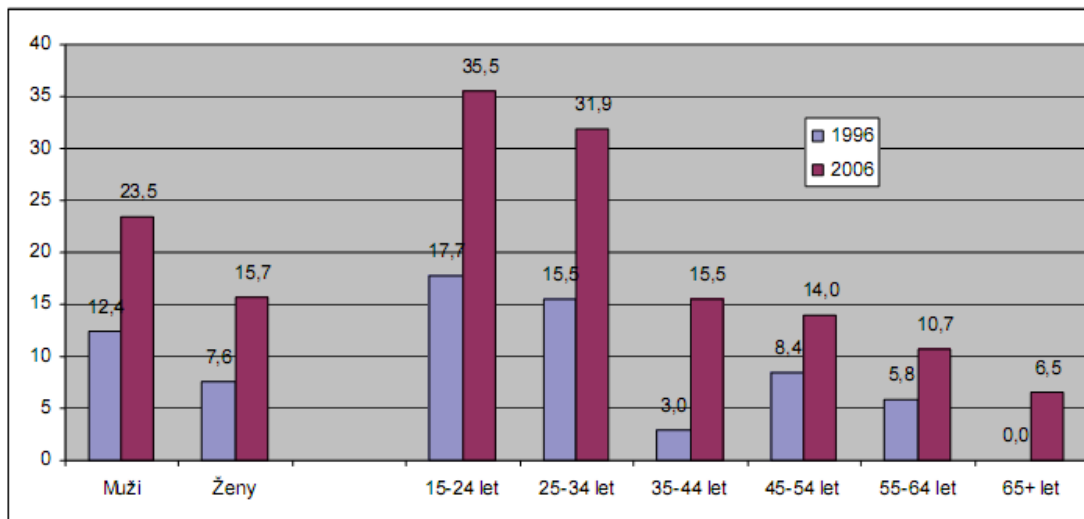
³⁸ VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ, I.: *Bludný kruh toxikomanií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. s. 15

³⁹ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2005 [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_roce_2005

⁴⁰ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2006 [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_cr_v_roce_2006

⁴¹ Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007 [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_ceske_republice_v_r_2007

Graf č.1: Věková charakteristika osob, které podporují legalizaci marihuany – v letech 1996 a 2006⁴²



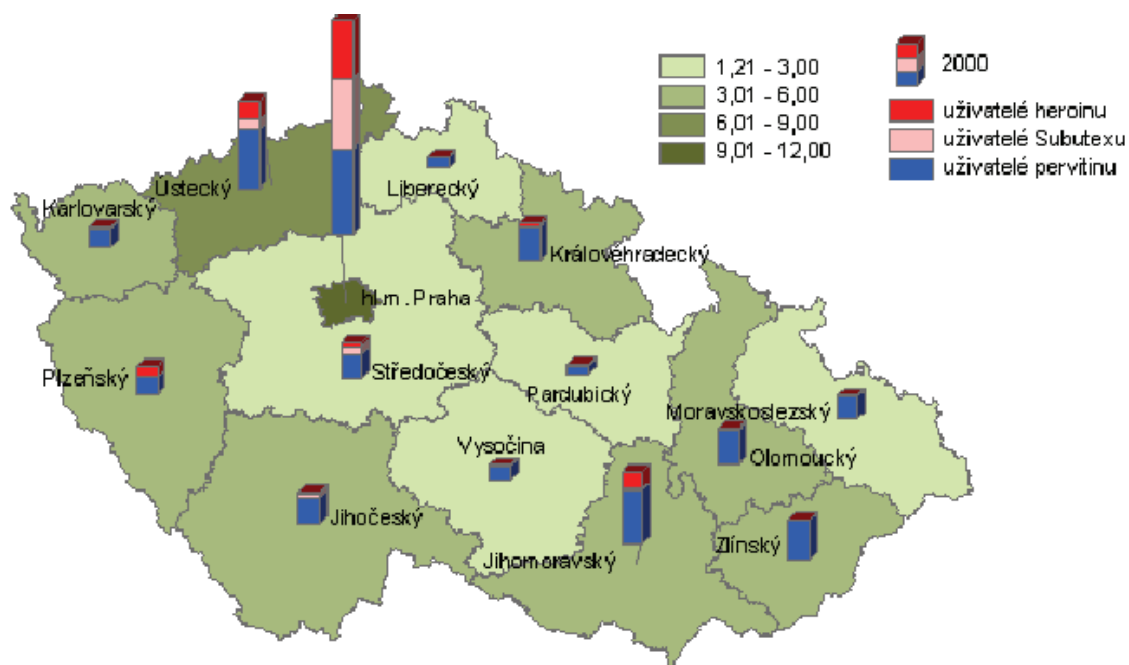
Významný nárůst užívání kokainu a mírný nárůst u pervitinu je aktuálně patrný mezi návštěvníky tanečních akcí, naopak v aktuálním užívání extáze byl zaznamenán pokles a potvrdil se tím trend v populaci obecně.

Odhadovaný počet problémových uživatelů v roce 2007 stoupl na cca 30,9 tisíc, na kterých se podílí cca 20,9 tisíc uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů opiátů. Vzrostl počet problémových uživatelů pervitinu. Injekčně drogy užívá cca 29,5 tisíc osob, tedy většina uživatelů opiátů i pervitinu. Odhad počtu problémových uživatelů drog je nejvyšší v Praze (10tisíc) a Ústeckém kraji (4.1 tisíc), současně se jedná o kraje s nejvyšším počtem odhadovaných problémových uživatelů opiátů.⁴³

⁴²Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007 [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_ceske_republice_v_r_2007

⁴³Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007 [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_ceske_republice_v_r_2007

Graf č. 2: Počet problémových uživatelů drog na 1000 obyvatel ve věku 15-64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v roce 2007 (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti).⁴⁴



1.4 Protidrogová politika a výdaje na protidrogovou politiku v ČR

- Cesta ze závislosti na droze je většinou velice těžká. Léčit s cílem uzdravit se, se nechá jen toxikoman, který se cítí nemocen nebo špatně a v tom je již první problém. Tento pocit totiž většinou u toxikomanů v prvních letech neexistuje. *Tak potřebuje systém pomoci drogově závislým možnost, které nejsou vždy hned vázány na nemocnici nebo lékaře.*

⁴⁴Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007 [databáze online]: Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_česke_republice_v_r_2007

- „*První pomoc*“. V ČR existuje poměrně široce vybudovaný systém četných nabídek pomoci. Jde o síť drogových poraden, ambulantně pracujících psychoterapeutů, jakož i zařízení s možností stacionární odvykací léčby a dlouhodobé drogové terapie. Terapie označuje v pomoci závislým způsob léčení drogově závislých pacientů, které trvá jako rehabilitace přes jeden nebo dva roky.⁴⁵

- *Skupiny svépomoci a poradny pro drogovou závislost* je něco jako svépomocná skupina či poradna pro drogovou závislost a je dosažitelná i pro poživatelé drog, který se jinak necítí nemocen a má občas jen nějaké problémy. V České republice skupiny svépomoci téměř neexistují, jejich vznik je teprve v počátcích. Závislí se scházejí a pokoušejí se společně vyrovnat lépe se svými problémy. Účastníci se znají většinou jen křestním jménem.

- Podobné skupiny existují i pro rodinné příslušníky. Vypořádat se s návykovým onemocněním partnera, dítěte nebo rodičů, je pro rodinné příslušníky alespoň tak důležité, jako pro postiženého samotného.

- *Poradny pro drogovou závislost*. Práce poradce je přizpůsobena potřebám toxikomanů. Jsou jim po boku při jejich každodenních problémech a pomáhají jim při zprostředkování míst pro terapii. Poradny pro drogovou závislost zasahují také, když jde o styk s úřady, nebo, což u závislých není řídký jev, při problémech s policií nebo soudy. Poradny nedávají nikdy informace třetím osobám (rodičům, učitelům, policii). Někteří města mají poradny, které jsou otevřeny 24 hodin denně.⁴⁶

- *Terapeutické komunity* Seznámení s terapeutickou komunitou bylo v bakalářské práci vysvětleno ze širšího spektra ve srovnání s ostatní pomocí. Podrobnější popsání bylo provedeno z důvodu použití této služby na získání statistických údajů a při přístupu k drogově a jinak závislým.

V České republice začaly být terapeutické komunity budovány po změně v roce 1990. Oficiální uznání jako legitimní léčebné modality pro uživatele návykových látek se jim dostalo až v roce 2005 po schválení zákona č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, v němž jsou terapeutické komunity definovány jako služba odborné péče.⁴⁷

⁴⁵ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 104

⁴⁶ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 105

⁴⁷ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. s. 15

Definice terapeutické komunity uvedená v knize *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.* je dle Kamila Kaliny: “Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčení-rehabilitace. Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učním a nácvikem na straně druhé”.⁴⁸

Terapeutické komunity mají strukturu, hierarchii, která určuje normy chování a vnitřní etiky, ale určitě nemají kazatele, vykladače pravdy v rovině spirituální nebo přesahující části. V tom, v čem opravdu tkví podstata společenství osob v rámci terapeutické komunity, tedy v tom, v co členové společenství věří.

Struktura a řád komunity umožňuje poznat vnitřní svobodu, její limity a možnosti. Umožňuje žít svobodně s druhými, naučí poznávat své hranice, ale zároveň i hranice druhých lidí.

Cíle terapeutické komunity jsou:⁴⁹

- Přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života
- Přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti
- Přispět k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů
- Přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe
- Přispět k nalezení svého místa v běžném lidském společenství
- Přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu
- Přispět ke spokojenému a radostnému životu
- Přispět k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout

⁴⁸ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. s. 31

⁴⁹ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. s. 37

Příklady některých kontaktních a terapeutických zařízení v oblasti drogových závislostí v ČR

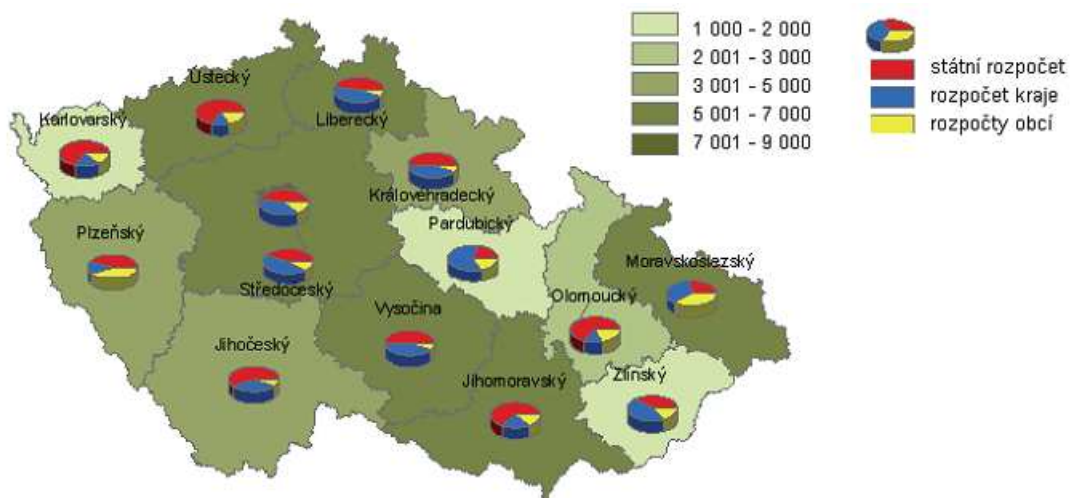
- Linka důvěry Praha, Liberec, Mladá Boleslav, Plzeň, Ústí nad Labem, Olomouc, České Budějovice,
- Kontaktní centrum SANANIM, Praha
- DROP In, nadace pro prevenci a léčbu drogových závislostí
- On-line poradny na webových stránkách na internetu, např. Internetová poradna
- Linka bezpečí
- Poradenská linka K-centrum, Praha
- Linka naděje, Brno
- Advaita Liberec a terapeutická komunita Advaita Nová Ves

Tabulka č.2: Výdaje ze státního rozpočtu na protidrogovou politiku v ČR (v tis. Kč)⁵⁰

Rezort	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RVKPP	91 895	103 851	100 579	105 657	108 788	104 442
MŠMT	9 506	9 338	10 093	9 386	10 809	12 557
MO	3 981	4 693	3 484	3 968	4 875	3 595
MPSV	35 154	44 281	42 224	46 049	49 698	57 013
MZ	25 744	22 046	26 459	33 467	18 000	22 241
MS	9 632	14 080	13 638	36 723	41 251	12 610
GŘC	27 472	22 558	9 310	14 500	23 488	26 725
NPC	n.a.	96 230	86 477	94 972	106 482	127 743
Celkem	203 384	317 077	292 264	344 722	363 391	366 926

⁵⁰Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007 [databáze online]: Drogy-info.cz, [cit. 4.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_česke_republice_v_r_2007

Graf č. 3: Výdaje na protidrogovou politiku ze státního a místních rozpočtů v krajích ČR v r. 2007 (v tis. Kč na 100 tis. obyvatel)⁵¹



1.4.1 Primární prevence

Cílem společnosti a každého jedince je zastavit nárůst užívání drog pomocí primární prevence výchovou ke zdravému životnímu stylu, poskytováním informací, posilováním osobní odpovědnosti za kvalitu života, podporou sebevědomí, nabídkou pozitivních vzorů a alternativ. Efektivita programů je závislá na celkovém, společnosti vůči danému negativnímu sociálnímu či zdravotnímu jevu. Dále pak nabídkou volnočasových aktivit.

- Všechny základní a střední školy v ČR realizují minimální preventivní program, systém školské primární protidrogové prevence je zajišťován okresními a krajskými metodiky prevence metodicky řízenými Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.

V případě, že již propukla u skutečného jednotlivce drogová závislost je nutné, aby měl možnost vyhledat ve svém okolí skupinu odborníků, kteří by mu byli schopni pomoci

⁵¹Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007 [databáze online]: Drogy-info.cz, [cit. 7.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_věcech_drog_v_česke_republice_v_r_2007

překonat závislost a dále mu nabídnout různá řešení v léčení. Ambulantní terapie, stacionární odvykání, stacionární terapie, terapeutické komunity jsou možnostmi vyřešení drogové závislosti. V tomto případě však nastupuje důraz na to, že osoba drogově závislého musí chtít se vyléčit.⁵²

1.4.2 Drogová legislativa

- ❖ Dne 1.1.2010 končí platnost Trestního zákona: č.140/1961 s § 187, 187a, 188 – Nedovolená výroba a držení omamných a psychotropních látek a jedů.
§ 188a - Šíření toxikománie
- tímto dnem vstupuje v platnost nový Trestní zákoník č. 40/2009 Sb.
 - novinkou v tomto zákoně je určení, jaká je míra jednotlivých typů látky ovlivňujících vnímání člověka, pro určení přesné hranice mezi přestupkem a trestným činem. Specifikuje se, co je množství větší než malé a menší než malé.
 - paragrafy týkající se drogových trestných činů jsou §281-285 trestního zákoníku⁵³
- ❖ Sbírka zákonů č. 467/2009. Nařízení vlády ČR, kde se pro účely trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů s účinností od 1.1.2010
- ❖ Přestupkový zákon č. 200/90 Sb § 30 - Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi.
- ❖ Příloha k závaznému pokynu policejního prezidenta č. 86/2006: orientační hodnoty malého množství omamných a psychotropních látek a další hodnoty a množství. (platí pro trestní zákon č. 140/1961 Sb.)⁵⁴

⁵² VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ, I.: *Bludný kruh toxikománií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998, s. 20

⁵³ *Stejnopisy- sbírka zákonů* [databáze online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, [cit. 12.7.2009 a 25.2.2010]. Dostupné z URL <http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu-steinopisy-sbirky-zakonu.aspx>

⁵⁴ Policejní prezidium. Legislativní odbor. Praha [cit. 9.7.2009]. Dostupné z URL <http://ppportal.pcr.cz/kancelar/stare/siar/2006/2006.htm>. Databáze Policie České republiky.

- ❖ Závazný pokyn policejního prezidenta č. 12/1999: kterým se upravuje postup příslušníků Policie ČR při odhalování protiprávních jednání souvisejících s toxikomanií.⁵⁵
- ❖ Závazný pokyn policejního prezidenta č. 55/2009: kterým se upravuje činnost Policie ČR v souvislosti s drogovou problematikou⁵⁶
- ❖ Zákon č. 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodlivými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami
- ❖ Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb. a o změně některých dalších zákonů s novelizací zákonem č. 141/2009 Sb. o návykových látkách s účinností od 1.6.2009
- ❖ Zákon o léčivech č. 378/2007, o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů. Tento zákon v § 39 odst. 3 s účinností od 1.1.2009 zakotvuje novou kategorii výdeje léčivých přípravků s omezením.
- ❖ Vyhláška Ministerstva životního prostředí č. 284/2006 Sb., kterou se stanoví seznamy nebezpečných chemických látek a přípravků, jejichž uvádění na trh je zakázáno, nebo omezeno. Tato vyhláška se vydala , aby bylo zamezeno zneužívání Toluenu závislými.
- ❖ Pokyn nejvyšší státní zástupkyně č. 1/2008 o trestním řízení, který nabyl účinnosti dne 1.dubna 2008. V pokynu je uveden postih trestného činu nedovolené výroby a držení omamných a psychotropních látek a jedů podle § 187a TZ. V pokynu jsou uvedeny hodnoty OPL pro potřeby stanovení množství většího než malého a většího rozsahu. (platnost pokynu se změní s přijetím nového trestního zákoníka)

⁵⁵ *Policejní prezidium. Legislativní odbor.* Praha: [cit. 9.7.2009]. Dostupné z URL <http://ppportal.pcr.cz/kancelar/stare/siar/1995-2002/index.htm>. Databáze Policie České republiky.

⁵⁶ *Policejní prezidium. Legislativní odbor.* Praha: [cit. 13.7.2009]. Dostupné z URL <http://ppportal.pcr.cz/kancelar/stare/siar/2009/2009.asp>. Databáze Policie České republiky.

- ❖ Zákon č. 129/2008 Sb. o výkonu zabezpečovací detence a změně některých souvisejících zákonů. Platnost nabyl účinnost. 1.1.2009
- ❖ Rozhodnutí nejvyššího soudu ČR ze dne 30.1.2008 pod spisovou značkou 3T do 52/2008. V rozhodnutí je uvedeno posouzení nebezpečnosti pěstování konopí pro vlastní potřebu.⁵⁷
- ❖ zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče s novelizací v zákoně č. 189/2008 Sb – s uznáním odborné způsobilosti adiktologa

Tímto byla nastíněna část širokého právního určení návykových látek, drog, služeb a závislostí v Českém právním systému. Za zmínku dále stojí zmínit novelizaci zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách zákonem č. 206/2009, kde účinnost zákona nabývá postupně od datumu vyhlášení až do roku 2012 dle různých paragrafů zákona. Tento zákon se týká poskytování služeb i v oblasti drogově závislých.

Nejsou zde vypsány všechny zákony týkající se této bakalářské práce. Je zde nutné přihlédnout k tomu, že bakalářská práce byla vypracována v platnosti starých zákonů s postupným nástupem účinnosti zákonů nových (Trestní zákoník, O sociálních službách, O návykových látkách aj.). Některé zákony byly v platnosti přes 40 let a v současné době jejich novelizací dochází k velkým změnám v právním systému České republiky.

1.5 Dělení drog

Drogy dělíme na :

- ❑ Látky centrálně tlumivé – alkohol, barbituráty, trankvilizéry

⁵⁷ *Drogy a zákon* [databáze online]. Drogy-info.cz. [cit. 6.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/drogy_a_zakon

- ❑ Opiáty – opium a jeho deriváty – kodein, heroin, morfin, methadon
- ❑ Stimulantia – amfetaminy, fenmetrazin, pervitin, kokain, nikotin, kofein
- ❑ Halucinogeny – LSD, mezkalin, lysohlávka česká
- ❑ Konopí – marihuana, hašiš
- ❑ Inhalanty (inhalační drogy, sniffing, drogy hloupých) – organická rozpouštědla a další chemikálie
- ❑ Závislosti na lécích⁵⁸

Toto dělení je neúplné, jsou zde ale uvedeny takové druhy drog, které se mezi uživateli vyskytují nejčastěji.

Jiné dělení používá MUDr. Tomáš Zábranský, Ph. D.⁵⁹

- ✓ podle vzniku – přírodní, semisyntetické a syntetické
- ✓ podle typu působení a chemického složení – tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny
- ✓ podle stupně společenské nebezpečnosti – podle závažnosti společenských následků

⁵⁸ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie.*: 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s. 111

⁵⁹ ZÁBRANSKÝ, T.: *Drogová epidemiologie.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. s. 14

1.5.1 Látky centrálně tlumivé

Alkohol je povolená droga, uznávaná státem. Definice alkoholismu je mnoho. Velmi obecně lze konstatovat, že alkoholik je člověk, jehož pití působí potíže jemu samému, jeho nejbližšímu okolí i společnosti.

Alkoholová závislost vzniká tehdy, jestliže spotřeba alkoholu u jedince překračuje míru, kterou toleruje jeho okolí i společnost a jeho spotřeba je tak velká, že poškozuje jeho zdraví, vztahy s okolím i společností.⁶⁰

Alkoholické nápoje se skládají převážně z vody a etylalkoholu vzniklého kvašením ovoce, zeleniny nebo obilí. Pivo obsahuje kolem jednoho dílu etanolu na dvacet dílů vody, destiláty jako whisky, rum a gin tvoří skoro z padesáti procent etanol, zbytek pak voda.

Alkohol se vstřebává do krevního oběhu a začíná působit během pěti až deseti minut, jeho účinek přetrvává v závislosti na požitém množství. Účinek alkoholického nápoje závisí na jeho koncentraci, rychlosti pití, přítomnosti potravy v žaludku, tělesné hmotnosti a náladě pijáka.

Po konzumaci alkoholu se většina lidí cítí méně stísněně a uvolněněji. Dostavují se změny nálady v celé škále od družnosti k agresivitě, to podle okolností a osobního založení. Kdo je svou povahou agresivní, bude pod vlivem alkoholu ještě více. Zhoršuje se průběh duševních i tělesných činností. Při větším množství vypitého alkoholu mívají pijáci poněkud nepřesné pohyby a „smazanou“ řeč. Změny nálady bývají výrazné a rozmanité. Osoby, které se snaží „utopit své starosti“ v alkoholu, se po něm často cítí ještě hůře. Další pití může vést k potácení, dvojitému vidění, poruchám rovnováhy a nakonec bezvědomí. Obecně však lidé pijí tolik, aby se cítili příjemně uvolněni, ale aby se ještě dokázali ovládat. Některé poznatky ukazují, že mírné pití má i příznivé účinky na zdravotní stav.

Jako u většiny drog i účinek alkoholu závisí na dávce a některé krajní podoby tělesného poškození jako jaterní cirhóza se běžně projevují až dlouho po rozvoji tolerance a těžké závislosti. K poškození dochází přímým účinkem alkoholu na orgány, nebo v důsledku životního stylu, provázejícího nadměrné pití. Alkohol například poskytuje kalorie, ale žádné jiné živiny, proto nadměrné pití vede k obezitě.⁶¹

⁶⁰ SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. Díl.* 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001 s. 23

⁶¹ SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy.* 1. vyd. Praha: Svojtka, 2005. s. 72

1.5.2 Opiáty

Opium je žlutozelená tekutina, která na vzduchu zasychá a mění svoji barvu na hnědou. Již 5000 let před Kristem užívali Sumeřané opium. Toto je doloženo skutečností, že pro něj měli ideogram „HUL“ a překládá se jako radost nebo veselí.⁶² V roce 1803 lékárník F. Sertürner získal z opia **morfin** (látku pojmenoval podle boha snů Morfea). Nejznámějším představitelem opiátu je **heroin** (diacetylmorfin). Heroin byl objeven v roce 1874 C.R. Wrightem. Původně byl podáván jako lék při dýchacích potížích, později dokonce jako protilék při závislosti na morfinu. V České republice je heroin po pervitinu druhou nejčastěji zneužívanou drogou.⁶³

Drogy s tlumivým účinkem pocházejí ze surového opia získaného z nezralých makovic opiového máku. Patří sem především heroin v nejrůznějších podobách, ale i tradiční český braun (směs derivátů kodeinu).

Opioidy jsou látky, které mají tlumivý účinek na centrální nervový systém, především mozek. Mák olejný se pěstuje u nás i řadě zemí Evropy. Mák opiový má ve stěnách makovice silně rozvětvenou síť mléčnic. Jejich nařezáním a následným sběrem zaschlého latexu se získává opium. Největší výrobce opia na světě je Afgánistán.

Při požití dochází k útlumu celého centrálního nervového systému. Nejvýznamnější je útlum dechového centra, který může být příčinou smrti. Silný je také protibolestivý účinek, pro který se opiáty používají v lékařství. Typické je podráždění centra pro zvracení – uživatel zvrací, většinou bez nevolnosti. Centrálním účinkem je také stažení zornice do velikosti špendlíkové hlavičky. Vazba v určitých oblastech mozku vyvolává euforii, která pak motivuje uživatele k dalšímu užití. Opiáty ovlivňují i tělesné funkce – vyvolávají zácpy, retence moče a sterilitu uživatelů.

V současné době **heroin** představuje jednu z nejnebezpečnějších masově zneužívaných drog. Závislost na pouličním heroinu je obecně považována za nejrizikovější a společensky nejškodlivější závislost – zdravotní, sociální i závislostní rizika jsou u ní velmi vysoká.⁶⁴

Na tyto látky se rychle vyvíjí tolerance a závislost. Protože tyto látky tak účinně tlumí tělesnou bolest, velmi dobře působí také na duševní trýzeň – a proto si na ně osoby vytvoří

⁶² ZÁBRANSKÝ, T.: *Racionální protidrogová politika*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. s. 78

⁶³ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s. 114

⁶⁴ POLANECKÝ, V.: *Drogy: poznej svého nepřítel*. 1. vyd. Medea Kultur, 2002. s. 11

návyk. Pokud někdo užívá opiáty po delší dobu, nahrazuje jimi přirozené opiáty svého těla – endorfiny. Když se pak heroin nebo morfin vysadí, tělo potřebuje čas, aby se tomu přizpůsobilo. To je ono nepříjemné období s pocením a křečemi.⁶⁵

1.5.3 Stimulační drogy

Stimulancia neboli stimulanty jsou drogy, které působením na centrální nervový systém vyvolávají u uživatele pocity pohody, síly, energie a sebevědomí. Snižují chuť k jídlu a oddalují únavu a spánek. Hlavní drogy v této kategorii jsou amfetaminu, halucinogenní amfetaminy včetně extáze, kokain, tabák a kofein.

Koka (rostlina, z níž se vyrábí kokain) se vyskytuje v horských oblastech jihoamerických zemí jako Peru a Bolívie. Původně ji používali domorodci kokové listí, aby zahnali únavu a omezili pocit hladu při práci.

Káva a čaj jsou další rostlinná stimulancia, jejichž dějiny ve východní Africe, na Blízkém východě a v Asii sahají mnoho století zpět, zatímco dějiny tabáku nutno hledat v Americe.

Droga **MDA** je předchůdcem celé skupiny látek označovaných jako halucinogenní amfetaminy, přestože je v této početné skupině jen málo skutečných halucinogenů. Vznikly v rámci obecného farmaceutického výzkumu před první světovou válkou, ale tehdy se pro ně nenašlo významnější využití. V šedesátých letech je znovuobjevil jistý chemik a od té doby se objevují jako pouliční drogy.

Účinky na organismus jsou - v nízkých až středních dávkách. Všechna stimulancia navozují pocit prohloubené pohody, jehož intenzita závisí na použité droze a může sahát od mírné euforie po kofeinu a tabáku až po úžasné prožitky po cracku. Podobně dlouhodobé užívání stimulancií vyvolává pocity úzkosti a neklidu, od podrážděnosti a nervozity po vypití pár káv navíc až po rozvinutou paranoidní psychózu chronických uživatelů amfetaminů či kokainu. Řada drog ze skupiny MDA má podobné účinky jako amfetamin, ale některé výrazně mění vnímání a svými účinky se blíží LSD.

⁶⁵ SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka, 2005. s. 129

Anabolické steroidy vycházejí z těla vlastního mužského hormonu testosteronu, takže u nich nepřekvapí posilování agresivity a řada dalších nežádoucích vedlejších účinků.⁶⁶

Kokain se vyrábí máčením listů koky v benzínu. Tím vzniká hydrochlorid, který je kyselý a proto se může vdechovat, ale nedá se kouřit- kyselina by zničila plíce. Je také rozpustný ve vodě, čehož se využívá při nitrožilní aplikaci. Nejčastějším způsobem užívání kokainu je inhalace (šňupání), někdy se ale užívá injekčně v roztocích nebo se vtírá do sliznic (především pohlavních orgánů jako afrodiziakum). Kokain byl od samého počátku považován za drogu „vyšších vrstev“ a extravagantních umělců. Od počátku minulého století platí rovněž za drogu prostitutek.

Účinky kokainu se dostaví za několik vteřin a trvají pouze 30-40 minut. Kokain celkově povzbuzuje nervový systém a zvýšené sebevědomí, pokles chutí k jídlu, kolísání nálad a působí jako afrodiziakum. Po odeznění reakce může trvat těžká kocovina a často přicházejí silné deprese a vyčerpání, což narkomani řeší další dávkou. Viditelné příznaky jsou rozšířené zornice, výtok z nosu, chraplavý hlas, bledost, hubnutí.⁶⁷

Pervitin je velmi rozšířená droga v České republice. Po požití těchto drog je člověk výkonnější a má pocit, že mizí únava, je výkonnější a extrovertní, plný energie a má zvýšenou sexuální výkonnost. Jako u jiných drog se i u pervitinu tyto libé pocity postupně mění v nelibé. Toxikomani, zneužívající stimulační drogy, trpí často „stíhou“. Postižený má pocit, že se všichni na něho dívají, mluví o něm, jsou vůči němu negativističtí. Jde o rozvoj paranoidního syndromu v rámci vznikající toxické psychózy.⁶⁸

Dochází ke ztrátě kontaktu s realitou. Postižený je potenciálně nebezpečný sobě a svému okolí, protože při úniku před domnělým nebezpečím se může snadno poranit nebo – v úmyslu se bránit- někoho napadnout. Stav je zvláště ve své těžší formě indikací k hospitalizaci na psychiatrii, a to i nedobrovolně.

Extáze(MDMA) se začala rozšiřovat v sedmdesátých letech a vysloužila si přezdívku – droga lásky. Extáze byla všudypřítomná v osmdesátých letech na tanečních večírcích a diskotékách.

MDMA se většinou vyskytuje ve formě tablet nebo kapslí, které se polykají. Jakožto prášek se dá šňupat, kouřit nebo polykat. Existuje obrovské množství tvarů i barev pilulek.

⁶⁶ SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka, 2005. s. 166

⁶⁷ POLANECKÝ, V.: *Drogy: poznej svého nepřítel*. 1. vyd. Medea Kultur, 2002. s. 14

⁶⁸ SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. Díl*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001 s. 25

Stejně jako u mnoha jiných drog cítí uživatel extázi, a to jak pozitivní, tak negativní. Účinek závisí na náladě, kterou měl uživatel před spolknutím drogy na jeho očekávání a na přátelskosti nebo jiném postoji jeho nejbližšího okolí. Mizí pocity zloby a nepřátelství. Zdá se, že droga podporuje empatii mezi uživateli. Při užívání se rozšíří zorničky, semknou se čelisti. Někteří lidé mohou cítit nevolnost, potí se, v ústech a hrdle mají pocit vlhka, stoupá jim krevní tlak a srdce bije rychleji. Většina lidí ztrácí chuť k jídlu.⁶⁹

1.5.4 Halucinogeny

Nejznámějším halucinogenem je derivát kyseliny lysergové – **LSD**. Droga je nebezpečná nevypočitatelností svých účinků. V 60. letech 20. století byla v USA dokonce propagována. Zejména umělci si libovali ve vidinách a neobvyklých zážitcích po jejím užití. Zvláště nebezpečným jevem je náhlý návrat, tzv. flasch back (zpětný zášleh). Jde o stav, kdy již abstinující uživatel se náhle, aniž by drogu požil, dostane k subjektivnímu prožitku náhlé intoxikace. Flasch back může přijít třeba i po roce abstinence.⁷⁰

LSD se v současnosti užívá výhradně formou „tripů“, což jsou malé papírky o rozměrech zhruba 6x6 milimetrů napuštěné jeho roztokem. Dávka LSD na jednom tripu je 30 – 100 mikrogramů. Vysoké dávky mohou způsobit výraznější poruchy myšlení, zvýšenou vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku a pozornosti. Halucinobenní látky co do účinku patří k nejméně předpověditelným drogám. Doposud nebyl u LSD popsán případ předávkování s následkem smrti.⁷¹

LSD má vliv více na psychiku než na tělo. Protože je v ní obsažen strychnin (velmi malé množství), může způsobit nevolnost a žaludeční křeče.⁷²

Dalším halucinogenem je psilocybin , obsažený v houbě **Lysohlávka česká**. Lysohlávky obsahují přírodní halucinogen , který dokáže měnit vnímání a myšlení- při určitých dispozicích k psychiatrické diagnóze může užívání lysohlávky spustit duševní onemocnění, např. schizofrenii. Plodnice se jedí přímo čerstvé nebo sušené.

⁶⁹ SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka , 2005. s. 211

⁷⁰ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s. 119

⁷¹ SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka , 2005. s. 272

⁷² GOODYER, P.: *Drogy + teenager*. 1. vyd. Praha: Severograf, 2001. s. 110

Nevyzpytatelná je koncentrace psilocybinu v jednotlivých plodnicích, a tak může snadno dojít k předávkování. Psilocybin v lidském organismu vyvolává euforii, sluchové a zrakové halucinace, poruchy vnímání prostoru a času. U zmíněné euforie je možné riziko a to získání pocitu, že jedinec umí létat.⁷³

1.5.5 Konopí

Drogy z této skupiny – marihuana a hašiš- jsou někdy nazývány jako měkké drogy. Marihuana a hašiš obsahují stejnou účinnou látku a liší se pouze formou své úpravy. Někteří autoři považují tyto drogy za vstupní bránu do světa drog tvrdých, jiní je bagatelizují a dokonce usilují o jejich legalizaci, zejména v případě marihuany. Tento přístup lze považovat za zvláště škodlivý.⁷⁴

Marihuana neboli konopí jsou listy a kvetoucí části rostlin konopí setého. Nejběžnější je *Cannabis sativa*, která může dorůst až do výšky čtyř a půl metru. Účinná látka v marihuaně se nazývá THC (tetrahydrocannabinol).

Marihuana se používá jako rostlinné léčivo již od pradávna. Má dlouhou historii lékařského použití na Blízkém východě, Indii, Číně, Africe. Užívání drogy jako zábavní drogy se rozvinulo ve dvacátých letech minulého století.

Účinky marihuany nastupují několik minut po začátku kouření a mohou trvat hodinu až tři. Účinky látek obsažených v konopí jsou podobné stavům vyvolaným při užití alkoholu, sedativ, opiátů a ve vyšších dávkách i halucinogenních drog. Marihuana se většinou užívá k dosažení uvolnění, společenskosti, hovornosti, veselosti. Není známo, zdali je pravidelné kouření marihuany rizikovější nebo bezpečnější než pravidelné kouření tabáku. Pravidelné a intenzivní užívání může snížit hladinu estrogenu a testosteronu v těle, což vede ke zmenšení počtu spermií a zkrácení menstruačního cyklu.⁷⁵

Hašiš se získává z pryskyřice kvetoucích rostlin konopí. Hašiš se může užívat v mnoha formách. Tak se kouří s tabákem ve stočených doutnících (jointech) nebo v dýmkách. Nejdůležitějším znakem užití je, že obličej a oči jsou zarudlé. Očím se proto říká „králíč“. Dochází při otravách konopím k panickým stavům úzkosti se zmateností a

⁷³ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 63

⁷⁴ SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. Díl*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001. s. 26

⁷⁵ SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka, 2005. s. 324

paranoiou, především při vysokých dávkách a mohou se také vyskytovat myšlenky na sebevraždu. Téměř všichni kuřáci hašiše trpí chronickou bronchitidou, riziko rakoviny je ve srovnání s kouřením nikotinu až desetkrát vyšší. Nejhorším účinkem je pravděpodobně trvalé oslabení imunitního systému a pomalý rozklad mozku. To má za následek, že uživatel konopí se může časem stát dementním.

Neprávem se o konopí mezi mladými lidmi (na rozdíl od alkoholu) stále ještě soudí, že je to neškodná droga. Je však jisté, že konopí působí závislost a při trvalém užívání vede k tělesnému poškození.⁷⁶

1.5.6 Inhalanty

Jedná se o skupinu organických rozpouštědel, u nás je nejvíce zneužívaný především **toluen**. V západní Evropě jsou používána lepidla k výrobě plastických modelů. Používání těkavých látek ve více zemích vyvrací tvzení, které se dlouho tradovalo, že čichání (sniffing) je jen náhražkou za „opravdové“ drogy. Existuje určitá přitažlivost tohoto způsobu úniku před realitou pro určité skupiny. Jedná se prakticky bez výjimky vždy o nejmladší věkové skupiny. Nejčastější výskyt v České republice je u romské populace.

Toluen je organické rozpouštědlo a hrubě poškozuje tkáň organismu. Vdechování koncentrovaných par toluenu (pro zvýšení koncentrace pod dekou či s hlavou v igelitovém pytlíku) vede k poškození dýchacích cest, jaterní tkáň a mozkové kůry. Na rozdíl od všech ostatních drog jde čichání jen těžko odměřit přesnou dávku. Tím se zvyšuje riziko nechtěného předávkování. O tomto faktu svědčí skutečnost, že naprostá většina úmrtí prokazatelně u nás spojená s předávkováním drogou není zapříčiněna pervitinem či heroinem – ale toluenem.

Kýženým efektem čichání je stav polospánku, polovědomí provázeného živými, barevnými sny.⁷⁷

⁷⁶ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001, s. 53

⁷⁷ PRESL, J.: *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 44 s.

1.5.7 Závislosti na lécích

Zneužívají se zejména: analgetika a antipyretika, psychostimulancia, anxiolytika, antismatika, barbituráty, trankvilizéry, altidepresiva aj.⁷⁸

U benzodiazepinů jde o celou skupinu látek. Substance uvolňují úzkost a mají uklidňující účinek. Působí na specifické receptory v mozku a působí tlumivě v celém nervovém systému. Rohypnol a podobné léky jsou nebezpečnými drogami, které mohou vést k silné tělesné i psychické závislosti s nepříjemnými abstinenciemi jevy.

Často se ke zvýšení účinku ještě navíc pije alkohol. Tato kombinace může vést k příliš dlouho trvajícím stavům opojení se ztrátou vědomí. Člověk otupí, ke všemu je lhostejný a nic ho nezajímá, o nic se nesnaží a má málo zájmů.⁷⁹

Tímto byly nastíněny hlavní drogy zneužívané lidmi. V každé skupině (látky centrálně tlumivé opiáty, stimulantia, halucinogeny, konopí, inhalanty a závislosti na lécích) se vyskytuje velké další množství drog a tyto již pro rozsáhlost nebyly uvedeny. Byly uvedeny hlavní zástupci s popsáním drogy a příznaků závislosti vzniklých na lidech.

⁷⁸ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s. 122

⁷⁹ GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. s. 76

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl a předpoklady

Cílem praktické části naší bakalářské práce je získat a zpracovat informace prostřednictvím dotazníku, který jsme připravili pro obyvatele Terapeutické komunity v Nové Vsi. V průzkumovém šetření jsme se zaměřili na život obyvatel před nástupem do terapeutické komunity. Zajímaly nás vztahy v rodině, působení nejbližšího okolí závislých ještě před příchodem do terapeutické komunity, jejich drogové závislosti, důvody závislostí z jejich pohledu a dále jsme se snažili vytipovat rizikové faktory, které vedly obyvatele terapeutické komunity k drogovým závislostem, které vyústilo až k jejich rozhodnutí o léčbě v terapeutické komunitě.

Terapeutická komunita patří mezi školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Komunita má své fotbalové hřiště, zahradu se záhony, dílnu pro výrobu keramiky a tkaných koberců a kuchyň. Je příspěvkovou organizací s právní subjektivitou a v provozu je nepřetržitě 24 hodin denně po celý rok. Vnitřní režim zařízení se řídí Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a jeho novelizací zákonem č. 206/2009, kde účinnost zákona nabývá postupně od datumu vyhlášení až do roku 2012 dle různých paragrafů zákona. V zařízení mohou být muži a ženy starší osmnácti let, ne partnerské dvojice. V zařízení je 15 lůžek (pro 11 mužů a 4 ženy).

Předpoklad č. 1 Předpokládáme, že úspěšnost terapeutické komunity je 30ti %. To znamená, že závislí lidé často opět propadají drogové závislosti a vrací se znovu do terapeutických komunit.

Vycházíme z předpokladu, že respondenti již budou silně drogově a alkoholicky závislí a terapeutická komunita nedokáže všechny závislé připravit na návrat do normální společnosti. Drogově závislí se nedokáží vyrovnávat s životními stresovými situacemi a jako pomoc a únik si vybírají opět pro ně známé drogy. Pro závislého je také těžký návrat do svého rodinného prostředí, kde se setkává s lidmi s kterými bral drogy. Známi lidé

drogově abstinujícího dokáží vrátit zpět na cestu závislosti. Z těchto důvodů předpokládáme úspěšnost terapeutické komunity na 30%. Předpokládáme že 70% drogově abstinujících se vrací k drogám a stávají se opět závislými.

Předpoklad č. 2 Předpokládáme, že převážná část obyvatel terapeutické komunity pochází z rozvrácených manželství a špatná výchova závislých byla jedním z hlavních příčin drogové závislosti. Na obstarávání finančních prostředků předpokládáme trestnou činnost závislých před příchodem do terapeutické komunity.

Vycházíme z předpokladu, že respondenti budou pocházet ze slabých dysfunkčních rodin ze dvou důvodů. V první řadě jsou klienti terapeutických ústavů mladí lidé, kteří, ačkoliv byl jejich sociální vývoj v mezích společenské normy, nechtěli zůstat v rodinách a jako únik od reality se dostali k drogovým závislostem. Může se jednat o lidi, které v jejich rodinách zneužívali a drogy jim umožňovaly vydržet těžké situace.

Druhou skupinu klientů tvoří závislí, jejichž socializace byla narušena více či méně negativním způsobem. K tomu dochází většinou nezájmem nebo neschopností rodičů dítě vychovávat a kontrolovat. To se projevuje ve způsobu trávení volného času dítěte v nevhodném prostředí a nevhodnými aktivitami. Tyto aktivity však ještě nemusí mít kriminální charakter. Může se jednat o útěky z domova, záškoláctví, a alkoholové a drogové závislosti, kterými se zabýváme.

2.2 Použité metody a metodika průzkumu

Průzkum možných příčin prvotního braní drog a následných návratů k drogám po odchodu z terapeutické komunity jsme realizovali pomocí empirických výzkumných metod. Data jsme shromažďovali do počítače, kdy následně došlo k jejich statistickému zpracování a vyhodnocení do grafů a tabulek. Pro průzkumové šetření jsme zvolili tři metody práce.

Dotazník

Dotazník patří mezi vhodné metody při hromadném shromažďování dat pomocí písemně zadávaných otázek. Pro naše šetření byl záměrně zvolen jednoduchý standardizovaný dotazník, kdy otázky jsou formulované srozumitelně a jasně. Z důvodů pochopení a vyčerpávajícího vyplnění dotazníku jednotlivými respondenty jsme zvolili kombinované odpovědi. Cílem dotazníku bylo odpovědět na stanovené otázky v oblasti rodinného prostředí, vzdělání v rodině, možných závislostí v rodině, drogové minulosti, počtu léčení, možného páchaní trestné činnosti a pohledu na terapeutickou komunitu . V úvodu dotazníku jsme popsali jeho účel, zdůraznili anonymitu průzkumu a předem jsme poděkovali za jeho vyplnění. Ve stěžejní části jsme položili celkem 23 otázek, většinou uzavřených. Pět otázek bylo volných pro možnost podrobného vyjádření tazatele. V otázkách č. 23 a 24 se klienti vyjadřovali k očekávání před výstupem z terapeutické komunity a zahrnuje dvě kategorie: plány do budoucna a současné obavy s uvědoměním si připravenosti z terapeutické komunity na budoucí život.

Rozhovor

Rozhovor bývá definován jako dotazovací metoda, ve které dotazující zjišťuje konkrétní informace. Od dotazníku se odlišuje tím, že tazatel a respondent jsou v přímé interakci. V našem případě byl rozhovor prováděn s jinými obyvateli komunity, než kterým byl předložen dotazník. Na základě rozhovorů byl dotazník připraven a předložen novým členům terapeutické komunity. V našem šetření nebyl rozhovor použit jako doplňková metoda upřesňující dotazník, ale jako metoda určená pro seznámení se s obyvateli terapeutické komunity. Dále byly prováděny rozhovory s pracovníky terapeutické komunity za účelem ověření informací získaných od drogově závislých.

Studium spisové dokumentace

Zde jsme vycházeli z písemných důvěrných materiálů obyvatel terapeutické komunity, ve kterých byly shrnuty aspekty výchovy, vzdělávání a dřívějších léčení s určením drog. Součástí dokumentace byly také informace o úrovni rodinných poměrů,

údaje o jejich zaměstnání a vzdělání, dále informace o soudních rozhodnutích, zdravotních problémech. Čerpali jsme tedy také z anamnestických údajů o závislých.

2.3 Zkoumaný vzorek

Šetření bylo provedeno v Terapeutické komunitě Nová Ves u Chrastavy. Zkoumaný vzorek představuje počet všech závislých v průběhu roku 2007 a 2008 v tomto zařízení.

V období našeho průzkumu, tedy od 1.2.2008 do 31.7.2009, bylo ve výchovném zařízení celkem 35 závislých.

Do našeho dotazníkového šetření jsme zařadili všechny klienty terapeutické komunity, kteří byli v komunitě přítomni v červenci roku 2009, tedy 15 závislých. Dívky v tomto zařízení jsou v menším počtu - čtyři. Pracovali jsme tak se závislými od 18-ti let.

Jsme si vědomi nízkého počtu dotazníkových respondentů, ale pracujeme se skutečnými stavy osob v daném v zařízení a tomuto předcházet rozhovor s předešlými obyvateli komunity. V našem šetření nám jde především o kvalitní zhodnocení dostupných údajů, jejich vzájemné porovnání a objektivní vyhodnocení výsledků. Celkově zkoumaný vzorek pomocí rozhovorů a dotazníkového šetření byl 35 závislých.

Rozhovor byl prováděn s jinými klienty terapeutické komunity, než kterým byl předložen dotazník k vyplnění. Rozhovory vedly k nastíněným předpokladům a problémům závislých.

Při přípravě dotazníkového šetření bylo taktéž telefonicky jednáno s terapeutickou komunitou v Červeném Dvuru. Tato terapeutická komunita byla požádána taktéž o vyplnění připraveného dotazníku. Vyplnění by vedlo k většímu vzorku dotazovaných a k většímu ověření validace závěrů bakalářské práce. Dále by bylo možné provést porovnání obou terapeutických komunit. Spolupráce a vyplnění dotazníku bylo zamítnuto vedením terapeutické komunity, z důvodu: „Klienti by mohli pro velký počet různých žádostí o vyplnění pouze vyplňovat dotazníky a při léčebném procesu by nepřišel čas ani na skupinovou terapii“.

Malý počet dotazníkově dotazovaných klientů vedl v bakalářské práci k ověření předešlých předpokladů vzniklých z rozhovorů s předešlými klienty a nelze ho přeceňovat a zobecňovat. Naše dotazníkové šetření má význam v souvislostech s dalšími provedenými šetřeními a v jejich potvrzení a ověření. (Viz rozbor jednotlivých otázek v našem dotazníkovém šetření.)

2.4 Výsledky průzkumu a jejich interpretace

Data použitá v šetření byla zjišťována v průběhu sledovaného období. Během shromažďování dat se vyskytly následující skutečnosti:

Dotazník vyplnilo 12 respondentů – návratnost byla 80 %, respondenti spolupracovali a 3 odmítli dotazník vyplnit, všichni respondenti byli v době před vyplněním dotazníku ujištěni, že dotazník je anonymní, a že odpovědi nebudou zneužity v jejich neprospěch.

V dotazníku (viz příloha č. 1) závislí odpovídali na tři okruhy otázek, které měly za úkol ověřit hypotézy, které jsme stanovili v praktické části této práce.

V prvním okruhu otázek se u respondentů zjišťovaly obecné informace, věk, pohlaví, vzdělání, počet léčení, druh drogové závislosti a na připravenost ze strany terapeutické komunity čelit novým nástrahám po návratu do běžného života. Tento okruh otázek má za úkol ověřit nebo vyvrátit hypotézu č. 1. V druhém okruhu otázek jsme se zaměřili na rodinné poměry v době před příchodem do zařízení, rodinné zázemí a možnost podílu ze strany rodičů na drogové závislosti. V třetím okruhu otázek jsme se zaměřili na kriminální minulost, finanční vydání za drogy. Tyto okruhy otázek mají za úkol vyvrátit nebo potvrdit hypotézu č. 2.

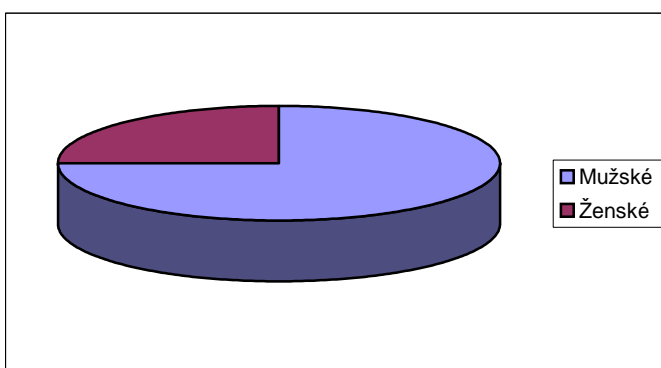
Obsazenost TK dle pohlaví – otázka č. 1

V úvodu dotazníkového šetření byly řazeny otázky, které byly koncipovány ke zjištění základních informací o respondentech. V první neoznačené otázce respondenti zapsali své pohlaví.

Tabulka č. 3: Pohlaví respondenta

Pohlaví respondenta	Počet
Mužské	9
Ženské	3

Graf č. 4: Pohlaví respondentů



Počet zúčastněných žen byl omezen počtem lůžek určených pro ženy v terapeutické komunitě. Počet žen je určen vedením komunity s ohledem na počet pokojů v budově. Tímto počtem se zaručuje dostatečné soukromí v mezích společného bydlení mezi muži a ženami.

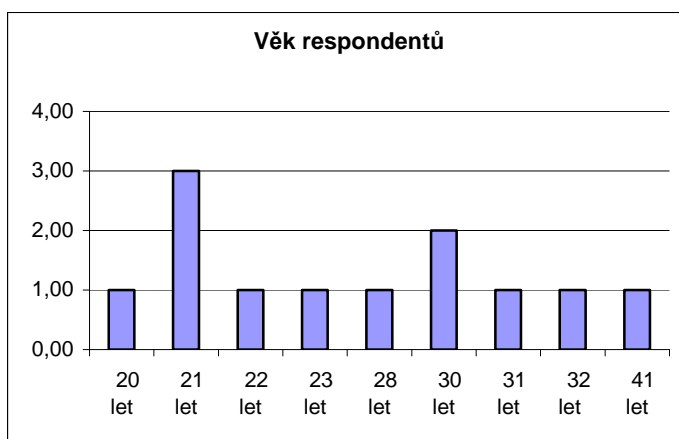
Věk respondentů- otázka č. 2

V úvodu dotazníku jsme se respondentů ptali, jaký je jejich současný věk. Tento údaj je důležitý pro utvoření představy o celkové věkové struktuře ubytovaných závislých ve sledovaném zařízení.

Tabulka č.4: Věk respondentů

Věk respondenta	Počet
20 let	1
21 let	3
22 let	1
23 let	1
28 let	1
30 let	2
31 let	1
32 let	1
41 let	1

Graf č. 5: Věk respondentů



Sledovaný věk závislých v zařízení je nerovnoměrný. Převažuje skupina ve věku mezi 21 a 30letých závislých. Ve zkoumaném vzorku je nejmladšímu respondentovi 20 let a nejstaršímu 41 let. Průměrný věk respondentů v zařízení je 26,7 let.

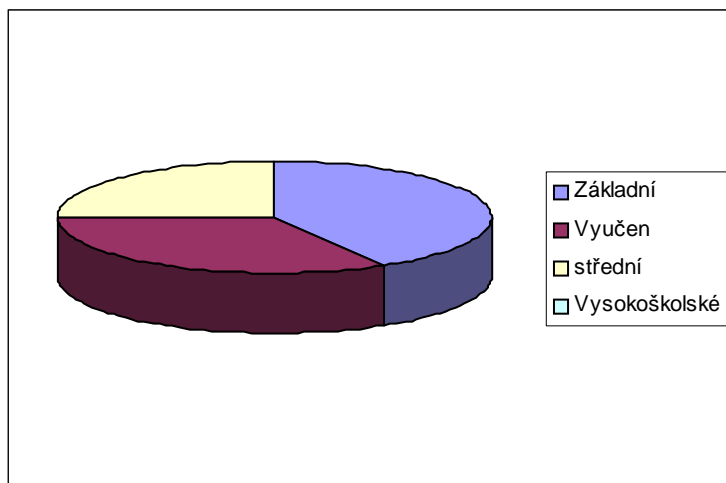
Dosažené vzdělání- otázka č. 3

Určení dosaženého vzdělání není možné interpretovat jako určení inteligence daného jedince. Dosažené vzdělání je taktéž pohledem do prvotního braní drog. Při vzniku závislosti se mění žebříček hodnot a tímto se závislí přiklání ke své závislosti a ne k požadavkům společnosti, rodičů a jejich samotných pro studium a nabývání nových poznatků. Tímto se závislí zaměřují na jiné, pro ně důležité, aktivity. S podmínkami pro studium a jejich vrozenou inteligenci, by v případě nepropuknutí závislosti dosáhli určitě lepšího vzdělání, než je uvedeno v tabulce. Ve věkové skupině do 29 let uvádí Český statistický úřad průměrnou republikovou vzdělanost pouze se základním vzděláním u mužů 6,5% a u žen 6,4%. Naším průzkumem bylo zjištěno základní vzdělání 42% u drogově zkoumaného vzorku obyvatel. Toto je 6,5 násobek republikového průměru vzdělanosti.⁸⁰

Tabulka č. 5: Dosažené vzdělání

Vzdělání	Počet
Základní	5
Vyučen	4
Střední	3
Vysokoškolské	0

Graf č. 6: Dosažené vzdělání



⁸⁰ Úroveň vzdělání obyvatelstva podle výsledů sčítání lidu 2001 [databáze online]. Český statistický úřad, [cit. 4.9.2009]. Dostupné z URL [http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002AC9D6/\\$File/411303a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002AC9D6/$File/411303a3.pdf)

Úplnost rodiny- otázka č. 4

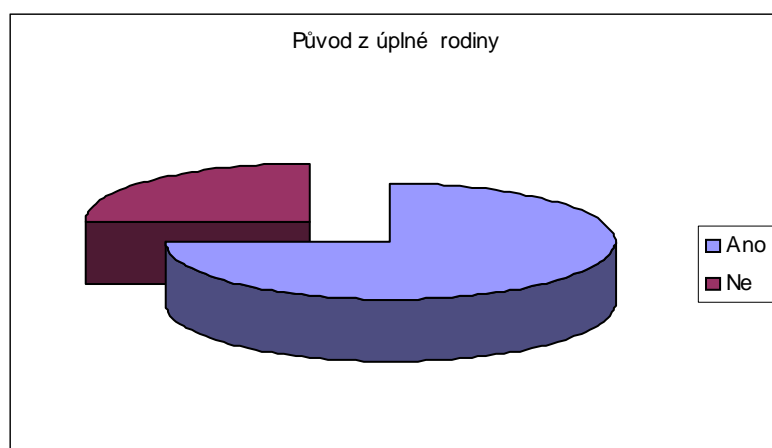
Funkční úplná rodina hraje významnou úlohu při výchově a utváření každého jedince. Jsme přesvědčeni, že rodina ovlivňuje osobnost dítěte a posléze mladistvého. Zastáváme názor, že antisociální a sociální projevy drogově závislého přímo souvisí s poruchou prostředí v rodině. Je pravda, že vliv rodinného prostředí ve kterém děti a mladiství vyrůstají může být pozitivní i negativní. Úplná, ale nefunkční rodina bez dobrého citového prostředí, může mít na dítě špatný vliv jako neúplná rodina. Špatné rodinné prostředí někdy může ukazovat poruchy morálního profilu dítěte a jeho hodnotové orientace. „Lze konstatovat, že přirozeným prostředím každého dítěte, v němž se mu dostává prvních výchovných impulsů, je rodina a jeho rodinné prostředí.“⁸¹

Primárním prostředím, ve kterém dotazovaní jedinci vyrůstali, lze charakterizovat následovně. V úplné rodině žilo devět dotazovaných a tři dotazovaní žili v neúplné rodině.

Tímto se částečně vyvrací původní předpoklad, že drogově závislí pochází z rozvrácených manželství a špatná výchova závislých byla jedním z hlavních příčin drogové závislosti.

Tímto se nám nepotvrdila původní hypotéza, kterou jsme založili na předešlých rozhovorech s drogově závislými v Terapeutické komunitě Nová Ves v předešlém roce. Zde v rozhovorech závislí uváděli většinou původ z rozvrácených rodin. Na tomto předpokladu jsme poté založili hypotézy pro dotazníkové šetření.

Graf č.7: Vyrůstání závislých v úplné rodině



⁸¹ DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H.: *Sociální pediatrie*. L. vyd. Praha: Avicentrum, 1989. s. 252.

Zaměstnání rodičů – otázka č. 5

Pro určení rodinného zázemí a dobrého sociálního postavení ve společnosti bylo zjišťováno zaměstnání rodičů. Trvalé a vhodné zaměstnání zaručuje trvalý a pevný příjem rodině. Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 100% rodičů drogově závislých bylo zaměstnáno. Nelze předpokládat, že všichni rodiče závislých bylo tak pracovně vytíženo, že se nemohlo z nedostatku času věnovat výchově dětí. Je možné, že určité procento rodičů takto žilo a dětem nahrazovalo svůj čas nadbytečným finančním zajištěním. (Tato odpověď se vyskytuje v dotazníkovém šetření na otázku důvodu proč začali dotazovaní experimentovat s drogami.)

Tím, že byli rodiče zaměstnaní zajišťovali bez problému dětem jejich základní životní podmínky k životu a bezproblémovému rozvoji.

Otázka, zda byl někdo z rodiny závislých ve výkonu trestu- otázka č. 6

Obecně lze říci, že kriminální rodiče a jejich kriminalita může zanechat špatný sociální model chování, které může dítě napodobovat v době dospívání. Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že z rodičů nebyl nikdo ve výkonu trestu a pouze v jednom případě dotazovaný uvádí svého trestně stíhaného bratrance ve výkonu trestu. Tímto se opět nepotvrzuje špatný vliv rodinného prostředí z našeho předpokladu bakalářské práce. Vliv osoby bratrance na výchovu je minimální a nepředpokládáme větší vliv na vývoj drogově závislého jedince.

Tabulka č. 6: Rodinní příslušníci ve výkonu trestu

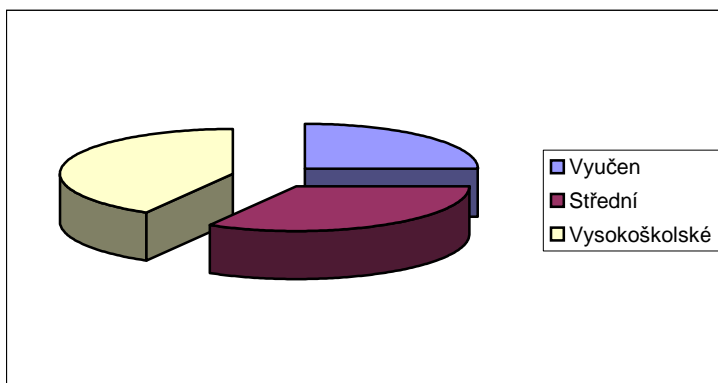
Rodinní příslušníci ve výkonu trestu	Počet
Otec	0
Matka	0
Někdo jiný	1
Nikdo	11

Dosažené vzdělání rodičů – otázka č. 7 a 8

Tabulka č. 7: Dosažené vzdělání otce

Vzdělání otce	Počet
Základní	0
Vyučen	3
Střední	4
Vysokoškolské	5
Nevím	0

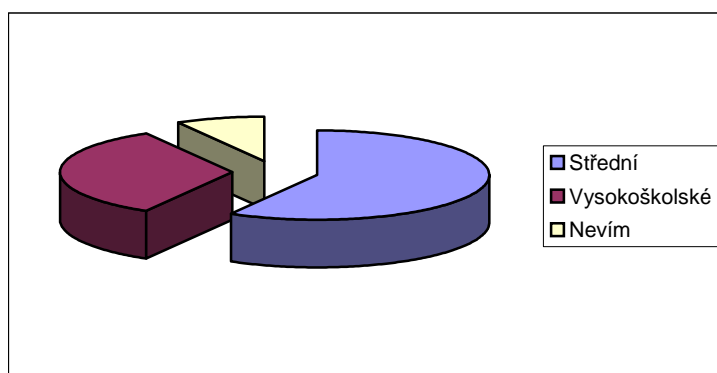
Graf č. 8: Dosažené vzdělání otce



Tabulka č. 8: Dosažené vzdělání matky

Vzdělání matky	Počet
Základní	0
Vyučena	0
Střední	7
Vysokoškolské	4
Nevím	1

Graf č. 9: Dosažené vzdělání matky



Z provedeného výzkumu vyplývá, že úroveň vzdělání rodičů respondentů, je nadprůměrná oproti průměru v ČR. Vzdělání otců vysokoškolsky vzdělaných je nad průměrem vzdělanosti v ČR. Vzdělanost matek drogově závislých je celkově nadprůměrná – nevyskytují se ženy bez vzdělání, nebo pouze s výučním listem. O jedné matce své drogově závislé dítě neví a nelze určit její vzdělání. Tato žena by však neměla vliv na celkově vyšší vzdělanost matek. Toto bylo provedeno srovnáním s republikovým průzkumem uvedeným na stránkách Českého statistického úřadu.⁸²

Dobré vzdělání a zaměstnání rodičů jsou jistě značnými předpoklady pro zájem rodičů o dobré vzdělání dětí. Vzdělání dětí a jejich rodičů se značně liší. Vysokoškolského vzdělání nedosáhl žádný závislý a naopak základní vzdělání má celkem pět. Oproti tomu

⁸² Úroveň vzdělání obyvatelstva podle výsledů sčítání lidu 2001 [databáze online]. Český statistický úřad, [cit. 3.9.2009]. Dostupné z URL [http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002AC9D6/\\$File/411303a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002AC9D6/$File/411303a3.pdf)

pouze základní vzdělání nemá žádný z rodičů. Zájem rodičů je závislý na jejich vzdělání a tím jsou dány předpoklady pro zájem o vzdělání svých dětí.⁸³ Toto se však v našem průzkumu nepotvrdilo a závěrem je, že toto ovlivnila drogová závislost dotazovaných.

Užívání alkoholu a drog v rodině – otázka č. 9

Škodlivý vliv toxikomanie a alkoholu na vývoj mladého zdravého dítěte je v dnešní době znám a popsán. Řada těchto výzkumů potvrzuje tyto teorie. Příkladem je výzkum provedený Matejčkem na vzorku dětí z rodin alkoholiků. Alkohol působil nepříznivě na rodinu tak, že měnil vnitřní sociální a emoční atmosféru. Z této studie také vyplývá skutečnost, že rodiny alkoholiků byly již značně založeny jako rizikové a měly vliv z nevyváženosti osobnosti budoucích rodičů.⁸⁴

Další studie, která poukazuje na užívání alkoholu a drog v rodině, uvádí, že v rodinách, kde se vyskytují tyto závislosti, jsou děti více vystaveny fyzickému násilí, jsou sexuálně zneužívány a zanedbávány. V některých rodinách k tomu dále přistupují sociální a ekonomické problémy.⁸⁵

Tabulka č.9: Alkohol a drogy v rodině

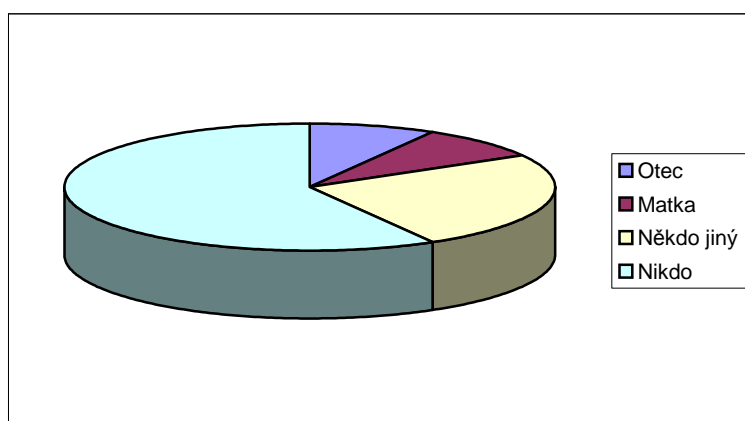
Osoba užívající alkohol nebo drogy	Počet
Otec	1
Matka	1
Někdo jiný	3
Nikdo	7

⁸³ KRAUS, B.: *K současným problémům mládeže*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1990. s. 93.

⁸⁴ MATĚJČEK, Z.: a kol. *Děti v rodinách alkoholiků*. In. Sborník studií č. 42. Praha: VÚPS, 1982, s. 3-126.

⁸⁵ NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. s. 150.

Graf č. 10: Užívání alkoholu a drog v rodině



Průzkumem jsme zjistili, že u respondentů je nízký počet rodičů, kteří nadměrně užívali návykové látky včetně alkoholu. Byla uvedena jedna matka a jeden otec. U odpovědi někdo jiný byli po jednom uvedeni

děda, bratranec a strýc.

Přílišná konzumace návykových látek u rodičů může mít špatný vliv na správný mravní, morální a sociální vývoj. Tímto mohli být postiženi dva dotazovaní, u nichž v přímé rodině užíval některý z rodičů návykové látky. Na dalšího dotazovaného mohl mít vliv dědeček, ale to hlavně v případě, že by s dotazovaným bydlel.

Zneužívání a týrání drogově závislých – otázka č. 10

Týrání (tělesné či psychické), zneužívání sexuální, zanedbávání péče a zvláštní formy zneužívání se celkově nazývají CAN. Toto jednání poškozuje tělesný, duševní i společenský stav a vývoj dítěte, popřípadě jeho smrt. Reakce dětí se liší v závislosti na věku dítěte a jeho osobnostním založením.

Psychicky a fyzicky týrané děti mají často odchylky v chování, které jsou více méně polarizované. Týrané děti mají nejistý, vyhýbavý, rezidentní vztah k matce. Ve fyzickém přiblížování je patrná ambivalence a bojí se kontaktu. U dětí nad 12 let převažuje zevní agresivita, hostilita a antisociální chování. Ve věku 14 – 18 let je nejvýraznějším projevem hostilita.⁸⁶

V předpokladech bakalářské práce jsme předpokládali možný výskyt nějakého druhu zneužívání dotazovaných. Tento předpoklad dával vysvětlení možné drogové závislosti dotazovaných. Toto bylo zjištěno pouze v jednom případě zneužitím klientky terapeutické komunity, která uvedla, že byla zneužita ve třinácti letech sedmi muži. Toto zneužití bylo jen jednou a nepokračovalo. Není zřejmé, jak tato špatná skutečnost ovlivnila její

⁸⁶ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. s.158.

psychický vývoj . Naším průzkumem jsme zjistili, že 92% dotazovaných nebyla zneužita ani týrána. Tímto se opět nepotvrdil předpoklad, že drogově závislí pochází z rodinného prostředí, kde docházelo k týrání a zneužívání.

Tabulka č. 10: Kdo zneužíval nebo týral dotazovaného

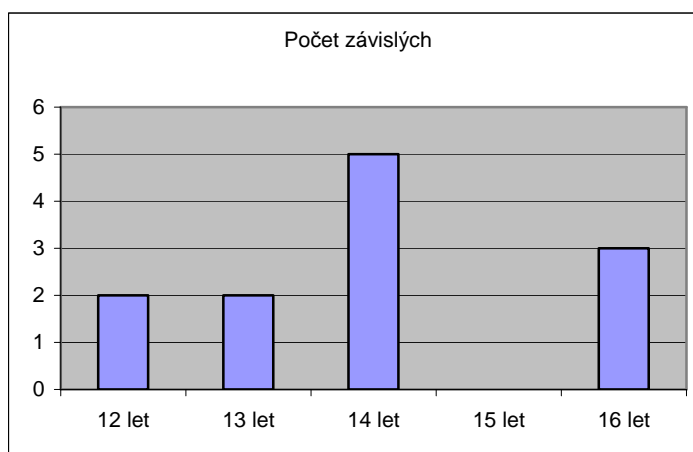
Kdo Vás zneužíval	Počet
Otec	0
Matka	0
Někdo jiný	1
Nikdo	11

Věk prvního užití drogy nebo alkoholu závislým – otázka č. 11

Tabulka č.11: Věk prvotního užití drogy

Prvé užití - stáří respondenta	Počet
12 let	2
13 let	2
14 let	5
15 let	0
16 let	3

Graf č. 11: Věk prvotního užití drogy



Ve společnosti se prvotní braní drog spojuje s nástupem puberty u mladistvých a jejich osamostatňování na rodičích. K tomuto závěru jsme dospěli i naším průzkumem. Je varující, že děti se v našem dotazníku v 75 % seznámily s drogami mezi 12 a 15 rokem, tzn. v době, kdy nejsou trestně zodpovědné. Podávání návykových látek u těchto dětí by z trestního hlediska muselo být považováno i za ohrožování mravní výchovy dětí.

Ze somatopsychologického hlediska není dítě a dospívající plně vyvinut a brzké užití a častější užívání jakékoliv drogy vede k dřívějšímu vzniku závislosti na návykové látce. Rozumové schopnosti dítěte nejsou na plné výši a tento cestu hledající mladý člověk

nedokáže plně domyslet důsledky experimentování s jakoukoliv návykovou látkou a možné dopady na jeho tělesný a psychický vývoj. Pro mladého člověka je zřejmý částečný vzdor proti rodičům a tím útěk k novým poznatkům a zkušenostem.

Statistické údaje ukazují, že trend zneužívání drog je nejvýraznější ve věku 15-19let – v roce 2001 spadalo do této věkové kategorie 47,5 % uživatelů a plná polovina z nich užívala drogy nitrožilně. U věkové kategorie do patnácti let bylo v roce 2001 registrováno 2,3 % nových uživatelů z celkového počtu. Zde je alarmující, že prvé užití drogy 14 % uživatelů uvádí první užití drogy před patnáctým rokem věku.⁸⁷

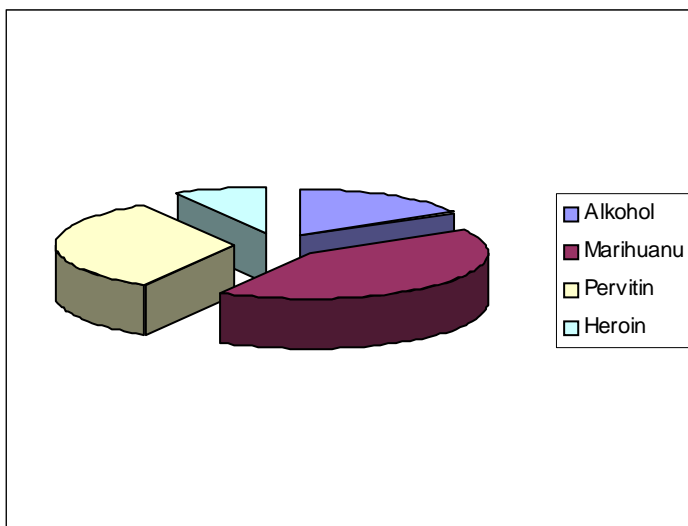
Je varující, že drogově závislí – tehdejší děti se v našem dotazníku v 67 % seznámily s drogami mezi 12 až 15 rokem, tzn. v době, kdy nejsou trestně zodpovědné. Tímto se liší naše dotazovaná skupina od republikového průměru, kde je uváděno 14 %. Z našeho průzkumu vyplývá, že námi dotazovaní začali s experimentováním s drogami v mladším věku, než je statistický průměr a to pětikrát dříve.

Poprvé užitá droga – otázka č. 11

Tabulka č. 12: Jakou drogu závislí poprvé užili

Užil-a jsem	Počet
Alkohol	2
Marihuanu	5
Pervitin	4
Heroin	1

Graf č. 12: Druh drogy při prvotním užití



Ve společnosti je zákonem povolená návyková látka alkohol.

Alkohol je přístupný dospívající mládeži nejvíce. Pro nezletilého a mladistvého je možnost

⁸⁷ KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. s. 232

ho zakoupit, nebo odcizit rodičům v domácnosti. V každé české domácnosti se nějaký alkohol najde a pro mladého člověka není nic snazšího než užití této návykové látky. Z tohoto důvodu je překvapující, že pouze 17% závislých uvádí jako prvotní drogu alkohol. Z dotazníkového průzkumu vyplývá, že 42% mladistvých jako první svoji užitou drogu uvádí marihuanu. Marihuana je zařazována mezi měkké drogy a část společnosti v ní nevidí její možné špatné důsledky na vznik závislosti. Někteří odborníci považují marihuanu za vstupní bránu do světa drog tvrdých. Percentuelní vyjádření prvotního užití marihuany ukazuje na rozšířenost této drogy ve společnosti a snadný přístup k ní.

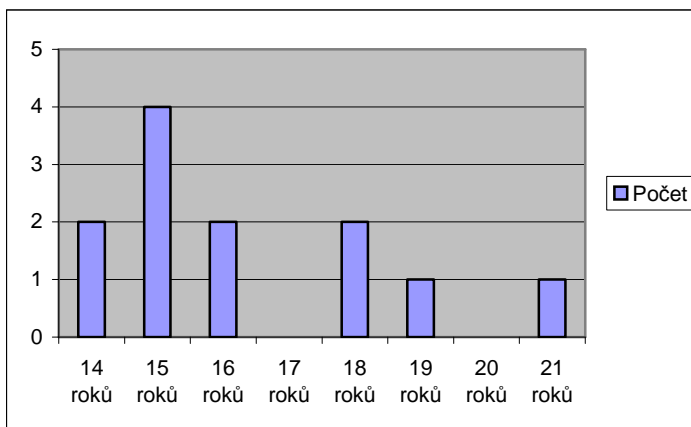
Nejvíce zarážející je prvotní užití drog zařazovaných mezi tvrdé- pervitin a heroin. Užití tvrdých drog jako prvotní drogu uvedlo taktéž 42% dotazovaných. Pro společnost je těžké pochopit jak je možné, že není problém pro tolik dětí sehnat jedny z nejhorších drog, které ze zjištěných známých důsledků užívání společnost řadí mezi tvrdé.

Věk pravidelného užívání drogy – otázka č. 12

Tabulka č. 13: Věk pravidelného užívání

Pravidelné braní od věku	Počet
14 roků	2
15 roků	4
16 roků	2
17 roků	0
18 roků	2
19 roků	1
20 roků	0
21 roků	1

Graf č. 13: Věk pravidelného užívání



Tato otázka přímo souvisí s otázkou číslo 11, kde bylo zjišťováno prvotní braní drog. Průměr prvotního braní drogy je ve věku 13,6 roků a pravidelného braní drogy (vznik závislosti) je 16,3 roků. Vznik závislosti se rozšířil u těchto drogově závislých za 2,7 roku. V otázce číslo 16 jsou uvedeny bližší informace k tomu, že čím nižší je věk při vzniku závislosti, tím hůře se tato závislost léčí.

Hlavní užívaná droga – otázka č. 13

Tabulka č. 14: Hlavní užívaná droga

Hlavní droga	Počet
Pervitin	7
Heroin	3
Rohypnol	1
Opium	1
Braun	1

Pervitin je hlavní drogou, kterou užívali drogově závislí z Terapeutické komunity. Pervitin je v České republice nejvíce zneužívaná tvrdá droga. K zamezení výroby z volně prodejných léků státní orgány začaly regulovat jejich prodej. V ČR je možný prodej léků obsahujících amfetamim omezen pouze na lékařský předpis a z tohoto důvodu výrobci pervitinu a dalších příbuzných drog se přesunuli na Slovensko a do Polska, kde nakupují volně prodejné léky. Výroba těchto drog není složitá a k výrobě se dají využít „domácí“ zdroje. Z těchto důvodů je výroba a na to navazující spotřeba v ČR nejvíce rozšířena.

Jako druhá nejvíce zneužívaná droga drogově závislých z našeho průzkumu je heroin. Heroin je droga opiátového typu a je to derivát morfinu-diacetylmorfin. Diacetylmorvin je v těle metabolizován během několika minut na morvin a 6-monoacetylmorfin. Za účinky heroinu jsou zodpovědné oba tyto metabolity.⁸⁸

Jako další byly uváděny zneužívané drogy rohypnol (závislost na lécích) , opium a braun (opiát hnědé barvy podomácku vyráběný). Z průzkumu je zřejmé, že jsou užívány různé druhy drog od stimulačních, opiátů a léků. V tabulce nejsou zaznamenány halucinogeny a to přes skutečnost, že dotazovaní klienti uváděli jako poprvé užitou drogu často marihuanu. Je zřejmé, že tato lehká halucinogenní droga jim po delším užívání přestala stačit a přestoupili na drogy „tvrdé“ se silnějšími nástupy a uspokojením.

Důvod experimentování s drogami zjištěný dotazníkem u drogově závislých – otázka č. 14

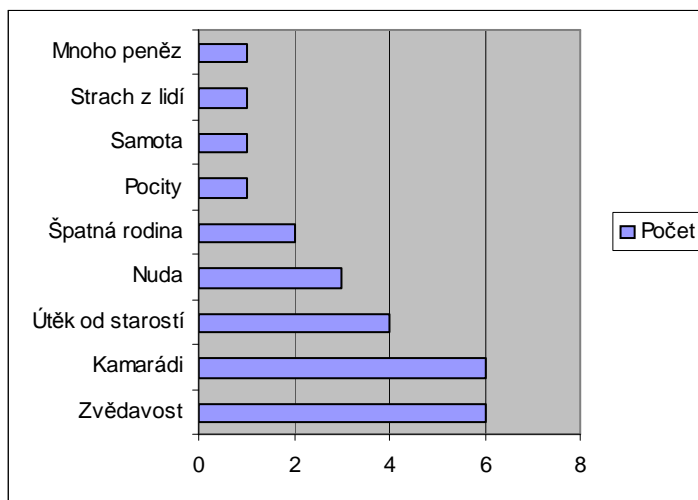
Dotazovaní mohli na tuto otázku odpovídat volně bez omezení možností. V dotazníku zapisovali jejich hlavní důvody prvotního experimentu s drogou. Z tohoto důvodu je odpovědí více než počet dotazovaných.

⁸⁸ VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ, I.: *Bludný kruh toxikománií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. Str. 89

Tabulka č. 15: Důvody experimentování

Důvod experimentování	Počet
Zvědavost	6
Kamarádi	6
Útěk od starostí	4
Nuda	3
Špatná rodina	2
Pocity	1
Samota	1
Strach z lidí	1
Mnoho peněz	1

Graf č. 14: Důvody experimentování s drogami



Rozbor důvodů, proč mladí lidé z našeho průzkumu začali brát drogy a začali s nimi experimentovat, může být různý dle individuality osoby.

Vliv vrstevníků- skupinový vliv vrstevníků bývá tradičně považován za rizikový faktor pro iniciaci požívání drog. Vrstevníci ovlivňují chování, hodnoty a postoje adolescentů. Je zjištěno pozitivní vnímání účinků psychotropních látek u adolescentů, což je pak důvodem dalšího užívání látky. Jako příčiny užívání alkoholu a drog jsou udávány: kontakt s přáteli, dodat si odvahu, zmírnit nudu a anxiety v přítomnosti druhého pohlaví.⁸⁹ Toto se projevuje i volnými odpověďmi dotazovaných, kdy nejčastěji uváděli zvědavost, kamarády, nudu a se vším spojený útěk od starostí.

Další důležitý faktor je rodinný. Zde se jedná o poruchu ze ztráty sebehodnoty, která je spojena se zaměřením na potřeby a chování druhých. Je naučeným chováním, která má domněle chránit pravé já před nebezpečím zvenku. Jedná se o fenomén klíčový pro dysfunkční rodiny. Vychází z pocitu defektnosti, rozštěpenosti, nízkého sebehodnocení, studu, strachu z opuštění, či ze ztráty identity.⁹⁰ Tyto odpovědi se vyskytují v odpovědích jako samota, strach z lidí, rodina a pocity.

Jako socioekonomický vliv se dá zaznamenat odpověď „hodně peněz“, která byla uvedena v jednom případě. Jedná se o závislého, který uváděl rodiče vysokoškolsky

⁸⁹ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. str. 26

⁹⁰ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. str. 25

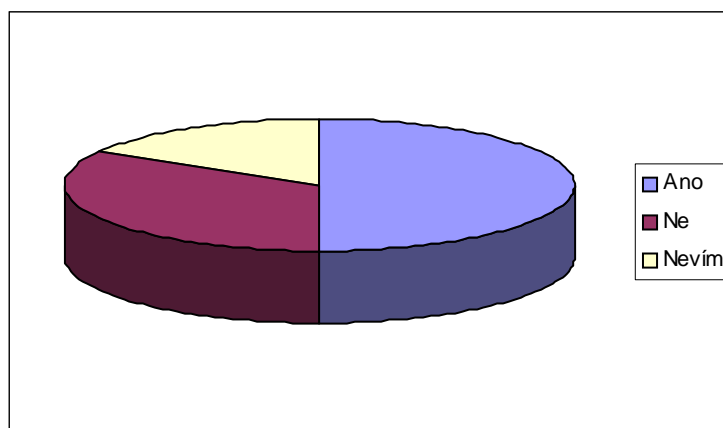
vzdělané a sám dosáhl středoškolského vzdělání. V této otázce uvedl dále nuda. Je zřejmé, že blízkost rodičů mu byla nahrazována finančním zabezpečením bez osobního přímého kontaktu. Socioekonomický status má korelaci mezi úrovní vzdělání rodičů a užívání drog u dětí, na druhé straně je uváděno, že chudoba spojená s poruchami chování dětí je rizikovým faktorem pozdějšího abúzu drog.⁹¹

Vliv rodinného prostředí na drogovou závislost - otázka č.15

Tabulka č. 16: Vliv rodinného prostředí

Rodinné prostředí	Počet
Ano	6
Ne	4
Nevím	2

Graf č. 15: Možný vliv rodinného prostředí



Vliv rodinného prostředí na možnou drogovou závislost je pohledem do prostředí,

kde závislí vyrůstali. Je to osobní citlivý pohled do rodiny. 50 % dotazovaných uvedlo, že rodinné zázemí mělo vliv na jejich experimentování a pozdější drogovou závislost. Tato volná otázka přímo souvisí s předešlou, kde byl uváděn důvod experimentování. Ačkoliv je v předešlé otázce nejvíce zastoupena odpověď kamarádi a zvědavost, souvisí to spíše s rodinou a útekem od starostí. Je zajímavé, že pouze 33 % jasně ví, že rodina za nic nemůže a nesvalují tito závislí vinu na rodiče. Je samozřejmé, že patologické rodinné prostředí může mít špatný vliv na výchovu dítěte. Hádky rodičů, nebo nezájem rodičů (z tohoto plynoucí nuda) zvyšují možnost útěku od starostí k drogám a jiným náhradám. S tímto souvisí charakter a osobnost závislého, protože v dnešní době, kdy rozvodem končí každé druhé manželství, se s těmito okolnostmi musí nějakým způsobem vyrovnávat a mnoho dětí často nezneužívají drogy k vyřešení problémů.

⁹¹ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. str. 26

Počet návratů k drogám přes předešlá léčení- otázka č. 16

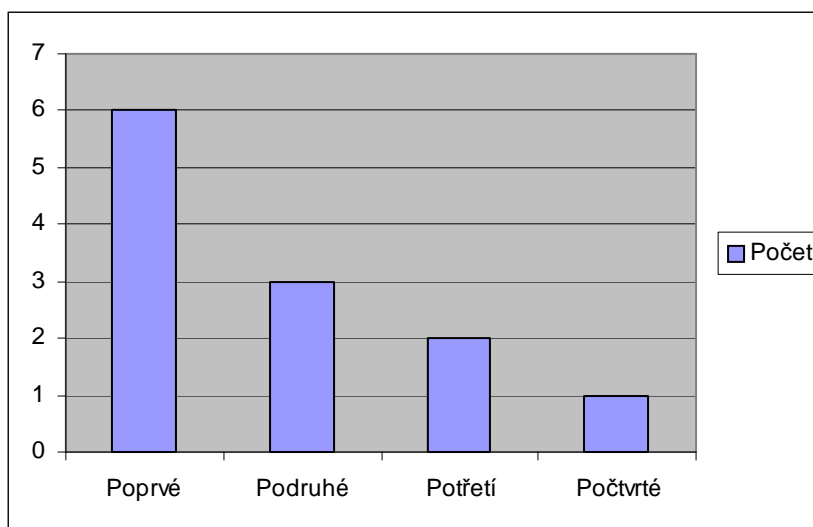
Výsledky léčby v terapeutických komunitách se hodnotí v různých časových intervalech. Jako relevantní se ukazuje doba mezi jedním a třemi roky od ukončení léčby. Udávané výsledky se liší dle studií, ale nejčastěji udávané hodnoty jsou mezi 50 a 60%. Ve srovnání s výsledky jiných léčebných programů pro drogově závislé je úspěšnost léčby v terapeutické komunitě významně větší.⁹²

Vyšší věk, při kterém vznikne závislost (po 20. roce věku), má až trojnásobně příznivější prognózu na léčbu než závislost vzniklá ve věku nižším než 16 let. Další vliv na léčbu má délka drogové kariéry – čím déle závislost trvá, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější a méně nadějně. Mezi neúspěšnými se často vyznačují klienti přídatnou psychopatologií, jako jsou deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti.

Tabulka č. 17: Počet relapsů

Počet léčení	Počet
Poprvé	6
Podruhé	3
Potřetí	2
Počtvrté	1

Graf č. 16: Počet návratů k drogám – opakovaná léčení



Z našeho průzkumu

bylo zjištěno, že 50 % drogově závislých se vrátilo k drogám přes předešlá léčení v terapeutických komunitách. Toto odpovídá celosvětově udávané úspěšnosti terapeutických komunit. Je zřejmé, že v případě opětovné léčby v komunitě v počtu léčení (mezi třetím a čtvrtým pokusem) je drogová závislost velmi silná a i období abstinence v době léčby není dost dlouhé pro trvalou abstinenci.

⁹² NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. str. 284

Terapeutickou komunitou prošlo v roce 2006 31 drogově závislých a z toho 33 % závislých bylo v léčbě opakovaně, v roce 2007 prošlo léčením 34 závislých a z toho také 33 % bylo v léčbě opětovně, v roce 2008 prošlo léčením 37 závislých a z toho 30 % bylo v léčbě opakovaně. Toto jsou pouze údaje o závislých, kteří zařízením prošli. Léčebný proces byl splněn, ale jen u části závislých a to : v roce 2006 u 10 v roce 2007 u 11 a v roce 2008 u 10 závislých. Ostatní ukončili léčbu na vlastní přání předčasně a někteří byli disciplinárně vyloučeni ze zařízení.⁹³ Při přepočtu osob které do terapeutické komunity přišly s počtem osob, které ukončily řádně a ve stanoveném čase svojí léčbu je úspěšnost v roce 2006 32,3 %, v roce 2007 32,35 % a v roce 2008 27 %. Je možné, že drogově abstinující, kteří opustili terapeutickou komunitu před řádným termínem dokáží také abstinovat, ale o tomto nejsou žádné důkazy.

Důvod opětovného brání drog – otázka č. 17

Průzkumem bylo zkoumáno, proč se jedinci vrací zpět k drogám. Jako nejčastější ve volné otázce odpovídali „chuť na drogy“. Zde je zřejmé, že se nedokázali, přes předešlé léčby v komunitách s tímto vypořádat a nebyli dostatečně připraveni na návrat do normální společnosti, ve které se jako patologický jev vyskytují drogy.

Jako další často uváděná odpověď je návrat do rodného města a mezi stejné kamarády. Zde je z průzkumů zjištěno, že „změna adresy“ u drogově abstinujících může být řazena ke kladným indikátorům léčby. Tímto se bývalí uživatelé nelegálních drog odlišují od bývalých alkoholiků, kteří jsou méně ochotní se někam přestěhovat, kvůli všudypřítomnosti alkoholu ve společnosti nemají kam uniknout.⁹⁴ Pro samotného jedince je určitě těžké začínat v novém bydlišti, ale u těchto závislých by změna bydliště pomohla k jejich drogové abstinenci a nemožnosti se setkávat se svými drogově závislými kamarády.

⁹³ *Terapeutická komunita Advaita- výroční zprávy v letech 2006-2008* [databáze online]. Advaita , [cit. 5.10.2009]. Dostupné z URL: <http://advaitaliberec.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

⁹⁴ NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. str. 285

Páchání trestné činnosti pro získání peněz na drogy – otázka č. 18

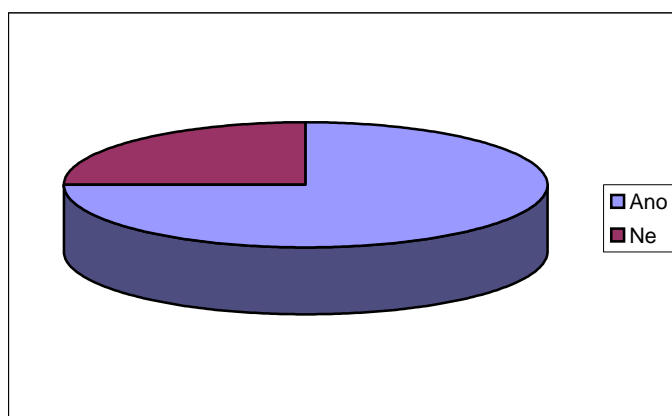
Snaha opatřit si finanční prostředky na nákup drogy jsou nejčastější příčinou trestné činnosti, páchané samotnými toxikomany. Kvalifikované odhady uvádějí, že až 75 % trestných činů spáchaných toxikomany má tuto motivaci. Nejčastějšími formami takového páchané trestné činnosti jsou nenásilné trestné činy – krádeže, krádeže vloupání. Vyloučit samozřejmě nelze ani kriminalitu násilnou – loupeže a vraždy.⁹⁵

Naším průzkumem jsme zjistili, že 75 % námi dotazovaných obyvatel terapeutické komunity páchalo trestnou činností pro získání peněz určených na drogovou závislost. Trestná činnost (její nutnost) vychází také z otázky č. 21 , kde se ptáme na celkově vydané finanční prostředky na drogy. Se získáním financí souvisí také otázka č.20, kde je uvedena odpověď na otázku, zda se někdo živil prostitucí. Ze třech osob, které odpověděly, že se trestné činnosti nedopouštěly je jedna žena, která se živila prostitucí, druhý muž který byl nadprůměrně ohodnocen od rodičů a poslední muž, který drogy vařil. Z tohoto jsme zjistili, že drogy přímo souvisí s trestnou činností drogově závislých a s celkovou problematikou pro společnost. Bez zneužívání alkoholu nebo drog by k trestné činnosti těchto lidí nedošlo.

Tabulka č. 18: Páchání trestné činnosti

TČ	Počet
Ano	9
Ne	3

Graf č. 17: O páchání trestné činnosti závislími



⁹⁵ SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. Str. 123

Počet trestních řízení orgánů činných v trestním řízení -otázka č. 19

Tato otázka souvisí s předešlou, kde jsme se ptali, zda se drogově závislí dopouštěli trestné činnosti. Tato otázka je zaměřena na sofistikovanost drogově závislých jako pachatelů. Naším průzkumem bylo zjištěno, že tři nebyli za trestnou činnost stíháni orgány činných v trestním řízení. Nejvýše je zastoupena odpověď, že trestní stíhání probíhalo v jednom případě (5 odpovědí). Je zřejmé, že trestná činnost drogově závislých se odehrává v nejjednodušších a nejpřístupnějších věcech – krádeží prostých a krádeží vloupáním.

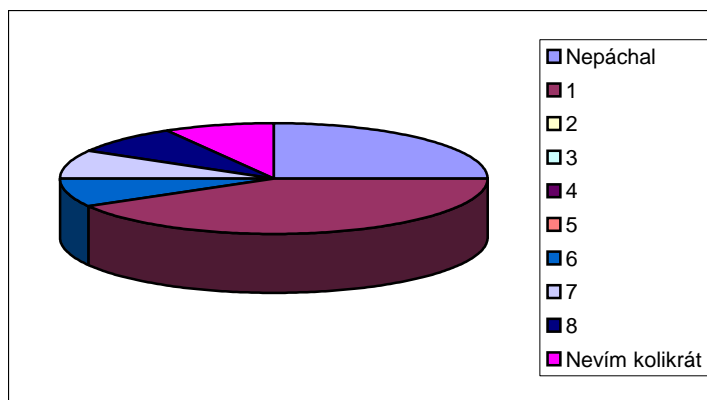
Objasněnost Policie ČR v roce 2008 u krádežích prostých byla 15,77 % a u krádežích vloupáním byla 18,53 % z celkového počtu nahlášených událostí.⁹⁶

Je zřejmé, že drogově závislí se dopouštějí častých krádeží a jiné trestné činnosti, když třetina dotázaných uvádí časté vyšetřování a trestání za jejich trestnou činnost. Počet trestů v odpovědi 6krát ,7krát, 8krát a nevím kolikrát svědčí o četnosti trestního řízení vzhledem k celorepublikové objasněnosti Policií ČR.

Tabulka č. 19: Počet trestů

Trestní řízení	Počet
Nepáchal	3
1	5
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	1
8	1
Nevím kolikrát	1

Graf č. 18: Počet trestů za trestnou činnost

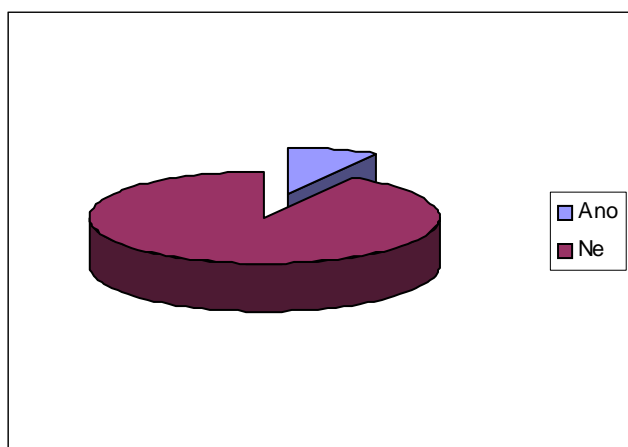


⁹⁶ Statistické přehledy objasněnosti v letech 2007 a 2008 [databáze online]. Policie ČR , [cit. 15.9.2009]. Dostupné z URL: <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-725362.aspx>

Provozování prostituce, jako příjem peněz na drogy – otázka č. 20

Jako prostituce je uváděn rozpor mezi oficiální společenskou morálkou a propůjčování se k sexuálnímu styku za úplatu (nejčastější forma). Jako hlavní charakteristické rysy jsou : absence citové vazby, střídání partnerů a propůjčování se k sexuálnímu styku za úplatu.

Graf č. 19: O poskytování prostituce.



Naším dotazníkovým šetřením jsme zjistili toto delikventní chování u jedné ženy. Tato možnost zisku je pro ženu drogově závislou nejjednodušší. Nemusí se starat o prodej kradeného zboží jako v předešlé otázce a finanční ohodnocení si může sama určovat. Dále nebyla zjištěna žádná mužská prostituce.

S tímto poskytováním služeb souvisí nebezpečí prostituce pro osobu poskytující sexuální styk za úplatu: deprivace prostitutek (psychické a fyzické), viktimizace prostitutek, organizovaný zločin a hrozba nemocí přenášených sexuálním stykem (platí i pro zákazníky).

Finanční vydání za nákup drog - otázka č. 21

Tabulka č. 20: Celkové finanční

vydání za drogy před nástupem do TK

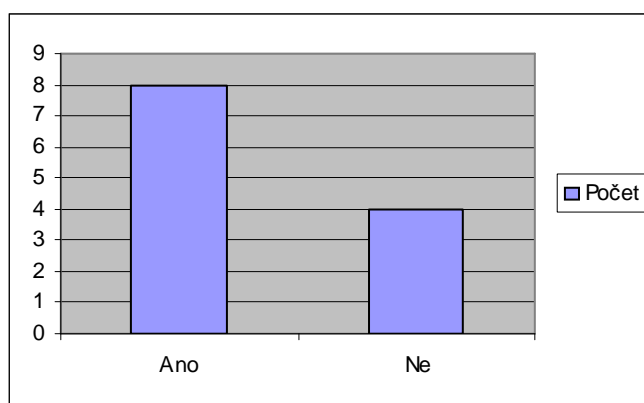
Náročnost pro získávání finančních prostředků určených na nákup drog je zřejmá z naší tabulky s přehledem od nejnižších částek po největší. Dvě osoby uváděly, že toto nedokážou odhadnout a jeden muž drogy vyráběl a z tohoto důvodu nemusel řešit finanční nákladnou otázku. Jedna dotazovaná uváděla, že vydávala 5.000,- Kč denně (jednalo se o ženu, která se živila prostitucí). Nejvýše uvedené částky v řádech milionů jsou pro člověka nezasaženého drogovým nutkáním nepředstavitelné. Je zřejmé, jaké úsilí musí drogově závislý vynaložit na shánění peněz pro nákup drog. Částku 2 milióny korun vydal již dříve zmiňovaný muž, kterého nadprůměrně podporovali rodiče.

Vydání za drogy	Počet
Nevím	2
Vyráběl	1
5.000,- denně	1
50.000,- Kč	1
80.000,- Kč	1
100.000,- Kč	1
300.000,- Kč	1
500.000,- Kč	1
1.000.000,- Kč	1
2.000.000,- Kč	1
3.000.000,- Kč	1

Rodinné zázemí – otázka č. 22

Graf č. 20: O možnosti návratu do rodiny

Dobré rodinné zázemí pro drogově abstinujícího je velmi důležité. Zapojení rodinných členů rodiny uživatele drogy či jeho přítele-přítelkyně do procesu odvykací léčby je potřebné a důležité. Zde se jeví jako nutná účast blízkých z okruhu klienta.



Z našeho průzkumu bylo zjištěno, že jedna třetina drogově závislých se nemůže (nebo nechce) vrátit domů. Pro tyto lidi bude nový začátek v jiném prostředí velmi náročný.

Zapojení blízkých osob uživatelů drog do procesu léčby a následné abstinence je velmi důležité. Blízké osoby mohou hrát důležitou roli podpory a pomoci drogově abstinujícím. Blízké osoby strádaly a strádají v důsledku různých forem chování uživatelů drog jako jsou např.: násilí, lhaní, krádeže, manipulace, náladovost, nedostatečná komunikace aj. Rodiče mají většinou dobrou víru ve své dítě a snaží se mu pomoci i když je mnohokrát zklamalo.

Otázka na osobní názor co bude pro dotazované nejhorší a čeho se obávají po ukončení léčby – otázka číslo 23

Tato otázka je určena k poznání zpětných vazeb, které by si měl drogově závislý uvědomovat. Významné rysy svých stavů a chování, objevení svých možností a omezení, pochopení reakce okolí na své jednání. Až do příchodu do terapeutické komunity se závislý dosud nenaučil rozlišit problematické rysy svého chování mezi svým pohledem na sebe a zcela nepřijatelného člověka. Rovněž neuměl rozlišit, co za něho dělá droga a co dělá on sám. Klient, který si plně sám uvědomil tento proces, si také začne připouštět osobní odpovědnost za jeho život. Z tohoto vývoje se blíží den, kdy závislý musí převzít za sebe odpovědnost se všemi starostmi každodenního života. Život v terapeutické komunitě je náročný, ale klient ví co se bude dít a má stanovený denní řád a limity. Život mimo terapeutickou komunitu na něj klade všechny nároky a nemůže se spoléhat na podporu týmu a pracovníků.

Z tohoto uvědomění vycházejí obavy vyjádřené v otevřené odpovědi dotazníku. Tato otázka přímo souvisí s otázkou číslo 16 o návratu k drogám přes předešlá léčení. Šest dotazovaných (polovina dotázaných) uvedlo, že neví na co je terapeutická komunita připravila a čeho se mají obávat – jsou to ti, co jsou v komunitě poprvé. Naopak druhá polovina (ta která se do léčení vrátila pro opětovné brání drog) má již značné obavy z toho co je čeká po odchodu z TK. Nejvíce se obávají vztahů (se známými, se závislým přítelem a s rodinou), zvyků, samoty a nudy, zvládání krizových situací, zaměstnání, volného času, splácení dluhů, relapsu, pocitu méněcennosti a života bez drog. Uvědomění nastávajících problémů je základem úspěšného návratu do společnosti. Při špatné interpretaci budoucí zátěže je velké riziko návratu k drogám. Tyto by jim v daný okamžik pomohly od nutnosti řešení problému, ale v dlouhodobějším horizontu by jim znovu a ještě více ublížily.

Hodnocení terapeutické komunity – otázka číslo 24

Tato otázka souvisí s předešlou otázkou čísla 23. Zde se opětovně klienti vyjadřovali na osobní pohled hodnocení terapeutické komunity. K uvědomění problémů z předešlé otázky a na co je připravoval tým terapeutických pracovníků komunity. V této otázce nepřímo hodnotili práci sociálních pracovníků, kdy si museli připustit a uvědomit jejich nynější a budoucí problémy.

V hodnocení opět šest dotázaných odpovídalo, že neví na co je terapeutická komunita připravila. U těchto je zřejmé, že jejich léčba není u konce a nejsou schopni uvědomit si závažnost jejich rozhodnutí v životě bez drog. Jako odpověď na tuto otázku ostatní odpověděli, že je život v terapeutické komunitě připravil na: zvládání emocí, poznání sama sebe, přežití, být schopnější a silnější, uvědomění si nebezpečí drog a aby byl život veselý a měl smysl.

2.4.1 Anamnéza drogově závislého z komunity Nová Ves

Muž Pavel je stáří 31 let

Otec – k otci uvádí, že s nimi žil do jeho 3 let, byl alkoholik a často matku bil, od té doby ho nikdy neviděl a nemá o něm žádné zprávy.

Matka – je vyučená prodavačka, nyní mistrová v Praze. Je rozvedená a od r. 1991 žije s přítelem – otčímem. Nepije alkohol.

Otčím – dříve voják z povolání – „lampasák“, vyžadoval doma přísný „komínkový a pravítkový režim“. Pavel ho nemá rád, nebyla s ním domluva.

Dítě – Kateřina žije s matkou. Pavel by rád Katku získal zpět k sobě do života a byl jí dobrým otcem.

Charakteristika rodiny- od narození do 3 let žili s tátou a mámou v Praze. Táta alkoholik mámu mlátil, pak se odstěhoval neznámo kam. Od té doby žili pospolu v jednom velkém pavlačovém bytě s dědou a babičkou. Všem uvelel děda, pokud bylo něčo vážného, svolal rodinnou poradu a vyslechly se názory . Bylo to velmi příjemné prostředí se spoustou legrace, slavilo se společně. Dědu s babičkou měl jako rodiče, měli spolu výborný vztah. S dědou chodil na ryby, fotbal a všude ho vozil. Společně jezdili na dovolenou na chalupu. Zlom nastal při náhlém úmrtí babičky. Bylo mu asi 12 let. Rodina poté přestala držet pohromadě, děda začal střídal ženy. Máma si našla nového přítele a ten dle jeho názoru nezapadal do rodiny. Vše řešil vojenskými rozkazy a zákazy, měl peníze a občas to dával najevo. Najednou měl Pavel hodně volného času a nudil se. Odstěhovali se do jiného bytu. Pavel pro značné hádky se odstěhoval k tetě do původního bytu. Pavel neuznával otčíma a často se proti jeho rozhodnutím stavěl jen tak z trucu.

Pavel začal ve 12 letech kouřit cigarety i THC. V 15 letech poprvé pervitin ihned nitrožilně. Z počátku jen nepravidelně na povzbuzení. V 17 letech zkusil opiáty, rohypnol jako tlumidlo pervitinu. V 18 letech pracuje u otčíma, bere pouze pervitin. Začínají občasné abstáky. Z obchodu vyhozen pro krádeže. Poté odsouzen k nepodmíněnému trestu za krádež platebních karet – 80 kusů. Po odpykání trestu 9 měsíců se nemá kam vrátit a bydlí ve squatu. Zde se nakazil hepatitidou C při náhodném sexu s „feťáčkou“. Již 6 let se pokouší odnaučit závislosti v různých zařízeních – Lnáře, Červený Dvůr, Nová Ves aj..

Následky užívání drog:

- fyzické – hepatitida C, zvětšená játra, epileptické záchvaty, horší prokrvování končetin
- psychické – klepání rukou, toxické psychózy, emoční labilita, roztěkanost, nervozita, horší paměť
- sociální – bez domova, hlášen na MÚ
- finanční a právní – dluhy ve výši 300 tis. – VZP, dopravní podnik , alimenty, multiservis

2.5 Vyhodnocení předpokladů

V této kapitole jsme se zaměřili na vyhodnocení předpokladů, které jsme zkoumali v praktické části a které směřovaly do oblastí rodinného prostředí drogově závislých před příchodem do terapeutické komunity a dále jsme analyzovali strukturu drog, délky závislosti a prvotní důvody braní drog.

Předpoklady jsme ověřovali formou nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce, který byl předložen obyvatelům terapeutické komunity.

Vyhodnocení předpokladu č. 1

Předpokládáme, že úspěšnost terapeutické komunity je 30ti %. To znamená, že závislí lidé často opět propadají drogové závislosti a vrací se znovu do terapeutických komunit.

Dotazníkem zkoumaný vzorek respondentů tvořili muži a ženy Terapeutické komunity Nová Ves. Jejich současný průměrný věk činil 26,7 let. Nejvíce závislých bylo v zařízení v 21 letech. (otázka č.2 , tab. č. 4 a graf č. 5, strana 53). V terapeutické komunitě bylo 9 mužů a 3 ženy (otázka č. 1, tab. č. 3 a graf. č. 4, strana 53). Drogově závislí udávají své prvotní braní drog v rozmezí 12 až 16 let (otázka č. 11, tab. č. 11 a graf č. 11, strana 60). Jako prvotní drogu uváděli nejvíce marihuanu a pervitin (otázka č. 11, tab. č. 12 a graf č. 12, strana 61). Z průzkumu bylo dále zjištěno, že hlavní užívaná droga byla pervitin a menší počet užíval heroin (otázka č.13, tab. č. 14, strana 63). Pravidelné braní drogy se rozšířilo u všech mezi 14 a 21 roky a nejvíce se rozšířilo mezi 14 a 16 roky (otázka č. 12, tab č. 13 a graf č. 13, strana 62). Rozborem odborných studií bylo zjištěno, že úspěšnost terapeutických komunit je udávána mezi 50 a 60 %. V terapeutické komunitě Nová Ves byla zjištěna úspěšnost 50 % (otázka č.16 , tab. č. 17 a graf č. 16, strana 66). Úspěšnost dotazníkového šetření vychází z počtu odvykajících v daný okamžik a z odevzdaných dotazníků (tři dotazníky nebyly vyplněny a mohly by změnit naměřenou úspěšnost). Pro zařízení je lepší srovnání s počtem příchozích do léčení a s ukončeným léčebným procesem (viz otázka č. 16), kde úspěšnost léčby v letech 2006 až 2008 byla 30,5 %. Jako důvod opětovného braní drog bylo průzkumem zjištěno, že závislí nejvíce uvádějí „chuť na drogu“ a dále návrat do rodného města (otázka č. 17, strana 67). Možný návrat do

rodinného prostředí uvádí 67 % dotazovaných (otázka č. 22, graf č. 20, strana 71). Toto dokazuje dobrý pohled na rodinu a možnost opětovného začátku v rodinném prostředí. Otázka číslo 23 (strana 72) nám určuje stupeň uvědomění si problému a obav při ukončení léčby. Polovina dotazovaných nedokáže stanovit čeho se mají obávat po propuštění z léčby (jsou to ti, co jsou v léčbě poprvé). Tito nejsou ve stavu plného uvědomění problému a přípravy na něj. Otázka číslo 24 (strana 73) nám ukazuje zpětné hodnocení terapeutické komunity, kdy polovina dotazovaných není schopná uvědomit si závažnost situace a připravenost na život mimo komunitu.

Z průzkumového šetření je patrné, že velká část respondentů byla závislá na droze pervitin a heroin. K prvotním setkáním s drogami došlo v časném věku mezi 12 a 16 roky. Rozvoj závislosti se projevil mezi 14 a 21 roky. Průzkumem v terapeutické komunitě byla zjištěna úspěšnost v době konání dotazníkového šetření 50 %, ale rozбором statistického vyhodnocení úspěšnosti ze společnosti Advaita mezi roky 2006-2008 byla zjištěna úspěšnost 30,5 %. Byl zjištěn velký počet léčení a opětovného propuknutí závislosti na drogách. Tímto byla zjištěna nepřipravenost jedince po odchodu z terapeutické komunity pro další život ve společnosti s drogovými nástrahami.

První předpoklad se nám podařilo průzkumem potvrdit (ačkoliv z dotazníkového šetření byla úspěšnost léčby 50 %, přikláníme se více k dlouhodobé statistice ze společnosti Advaita – 30,5 %) .

Vyhodnocení předpokladu č. 2

Předpokládáme, že převážná část obyvatel terapeutické komunity pochází z rozvrácených manželství a špatná výchova závislých byla jedním z hlavních příčin drogové závislosti. Na obstarávání finančních prostředků předpokládáme trestnou činnost závislých před příchodem do terapeutické komunity.

Pro dokázání tohoto předpokladu bylo nutné zjistit celkové rodinné zázemí. Dotazníkovým šetřením byla zjištěna podprůměrná dosažená vzdělanost oproti republikovému průměru. Základní vzdělání má 6,5krát více drogově závislých než je

průměr a vysokoškolského vzdělání nedosáhl žádný dotazovaný (otázka č. 3, tab. č.5 graf č. 6, strana 54). Z úplné rodiny pochází 75% drogově závislých a tímto se nám nepotvrdila původní hypotéza, že drogově závislí pochází z dysfunkčních rozvrácených rodin (otázka č. 4 graf č. 7, strana 55). Všichni rodiče (100 %) bylo zaměstnáno a nedávalo tím špatný vzor v zahálčivém způsobu života – děti získávaly názor, že není v životě nic zadarmo (otázka č.5, strana 56). Z rozboru otázky, zda byl někdo z přímých příbuzných ve výkonu trestu je uvedeno, že žádný z přímých příbuzných nebyl ve výkonu trestu . Pouze v jednom případě je uváděna osoba bratrance (otázka č. 6 tab. č.6, strana 56) . Pro zjištění předpokladů u vzdělání dotazovaných (otázka č. 3, tab. Č. 5 a graf č. 6, strana 54) je důležité zjištění vzdělání rodičů. Vyšší úroveň vzdělání rodičů dává větší předpoklady pro lepší vzdělání dětí. Výzkumem bylo zjištěno, že celková vzdělanost rodičů oproti dětem je mnohem vyšší. Základní vzdělání nemá žádný otec a žádná matka oproti 42 % jejich dětí, kteří dosáhli pouze základního vzdělání. Vysokoškolské vzdělání dosáhlo 41 % otců a 33 % matek dotazovaných. V porovnání s vysokoškolským vzděláním dotazovaných – 0 %, je vzdělání podprůměrné (otázka č. 7 a 8, tab. č. 7 a 8, graf č. 8 a 9, strana 57). Přílišná konzumace návykových látek u rodičů může mít špatný vliv na správný vývoj dítěte. Z tohoto důvodu byla zařazena otázka o nadměrném užívání návykových látek v rodině. Průzkumem bylo zjištěno, že je nízký počet rodičů kteří nadměrně užívali návykové látky – zjištěn jeden otec a jedna matka (ve třech případech uvedeny jako jiné osoby – děda, bratranec a strýc) (otázka č. 9, tab. č. 9, graf č. 10, strana 58). Týrání nebo zneužívání závislých bylo zjištěno, pouze v jednom případě a to u jedné klientky. Tato byla zneužita ve třinácti letech sedmi muži – zneužití bylo jen jednou a nepokračovalo. 92% dotazovaných nebyla zneužita ani týrána (otázka č. 10, tab. č. 10, strana 59). Tímto se opět nepotvrdil náš předpoklad. Jako důvod začátku experimentování s drogou uváděli drogově závislí nejvíce : zvědavost, kamarádi , útek od starostí, nuda a špatná rodina. Menší zastoupení v důvodech experimentování měly: pocity, samota, strach z lidí a mnoho peněz (otázka č. 14, tab. č. 15 a graf č. 14, strana 63). Vliv rodinného prostředí na možnou drogovou závislost uvádělo 50 % dotazovaných. Tito uváděli přímý vliv rodiny na experimentování a pozdější drogovou závislost. Pouze 33 % ví, že rodina za nic nemůže a nesvalují vinu na rodiče. Tímto se dokazuje subjektivní pohled na rodinu. Ačkoliv rodiny byly úplné (otázka č. 4) drogově závislí subjektivně rodiny považují za patologické (otázka č. 15, tab. č. 16 a graf č. 15, strana 65). Průzkumem možné trestné činnosti pro získání peněz na drogy jsme zjistili, že 75 % závislých páchalo trestnou činností pro zisk peněz na drogu (otázka č. 18, tab. č. 18 a graf č. 17, strana 68). S předešlou otázkou souvisí otázka

na počet trestních řízení se závislými. Bylo zjištěno, že vyšetřování Policií ČR bylo velmi četné a neprobíhalo pouze u tří dotazovaných, kteří trestnou činnost přímo nepáchali (ačkoliv jeden z dotazovaných drogy vyráběl a dopouštěl se tím taktéž trestné činnosti). Objasněnost policie je uváděna mezi 15 a 18 % a četnost vyšetřování u dotazovaných 6krát, 7krát, 8krát a nevím kolikrát svědčí o četnosti trestních řízení, ale hlavně o počtu trestných činů páchaných závislými (otázka č. 19, tab. č. 19 a graf č. 18, strana 69). Prostitucí se živila pouze jedna žena - 91 % závislých neuvádí tuto možnost jako svojí obživu při drogové závislosti (otázka č. 20, graf č. 19, strana 70). Překvapující jsou částky které za drogu závislí dali před nástupem do terapeutické komunity. Jeden muž drogy „vařil“ a tím ho nezajímala finanční otázka. Vydané částky se pohybují od 50 tisíc po 3 milióny korun. Jedna dotazovaná nebyla schopná určit celkovou hodnotu peněz za drogy, ale uváděla částku 5tisíc korun denně (otázka č. 21, tabulka č. 20, strana 71).

Z průzkumného šetření jsme zjistili, že drogově závislí získali pouze podprůměrné vzdělání s ohledem na celorepublikový průměr, ale hlavně s ohledem na nadprůměrnou vzdělanost rodičů. Z úplné rodiny pochází $\frac{3}{4}$ dotazovaných a všichni rodiče byli zaměstnáni. Tímto se nám nepotvrdil původní předpoklad, že drogově závislí jsou z rozvrácených manželství se špatnou výchovou, ale naopak vzdělanost rodičů dávala velké předpoklady pro dobré zázemí při získávání vlastního vzdělání. Z rodičů a rodinných příslušníků nebyl nikdo ve výkonu trestu a naopak 75 % drogově závislých páchalo trestnou činnost a bylo často vyšetřováno policií a orgány činnými v trestním řízení. Tímto se opět nepodařilo potvrdit špatný vliv rodiny na možnou drogovou závislost závislých. Nebylo zjištěno nadměrné požívání návykových látek rodičů závislých a tím možný vznik abúzu těchto látek u dětí. Týrání a zneužívání, které jsme předpokládali, jako možný vliv na vznik závislosti nebyl opět potvrzen – toto patologické jednání nebylo zjištěno. Jako subjektivní pohled na rodinné prostředí uváděla polovina dotazovaných vliv rodiny na vznik jejich drogové závislosti. Toto uvádějí přes úplnost rodin (manželství), pracovního zázemí rodičů, vzdělanosti rodičů a ostatního kladného zabezpečení dítěte.

Druhý předpoklad se nám nepodařilo průzkumem potvrdit .

Ověření druhého předpokladu se nám nepodařilo kladně ověřit, ačkoliv byl vypracován na základě rozhovorů s klienty v terapeutické komunitě. Tito klienti byli

v zařízení před dotazníkem dotazovanými klienty. Tento výsledek nám potvrzuje, že charaktery osobností v komunitě se velmi mění a zabírají celé spektrum chování a jednání. V úvodu je poukazováno na špatný vliv výchovy, rodiny a zneužívání a na možnost vzniku drogové závislosti jedince. Tyto poznatky byly zjištěny na základě rozhovorů a diametrálně se odlišují od poznatků vzniklých dotazníkovým šetřením. Tímto bylo zjištěno, že výsledky dotazníkového šetření k ověření druhého předpokladu nelze zobecňovat. Důvod a prvotní impuls pro každého jedince proč drogy začal brát je jiný a můžeme pouze statisticky evidovat tyto nejčastější příčiny.

3 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Z výsledků našeho šetření vyvstaly mnohé údaje, které jsme podrobně interpretovali v praktické části. Z našeho empirického šetření a rozhovorů s pracovníky terapeutické komunity a klientů bylo zjištěno, že vážne spolupráce mezi jednotlivými státními úřady a protidrogovými centry a komunitami. Tok finančních prostředků se v poslední době uzavírá a protidrogová centra už nejsou schopná poskytovat plnou profesionální pomoc. V dnešní době dochází z důvodu úspor k útlumu aktivit klientů v terapeutických komunitách. Byly sníženy platy terapeutickým pracovníkům a několik jich muselo být propuštěno. Těmito opatřeními dochází ke zhoršení stavu služeb a nabízené pomoci.

Doporučujeme tato opatření do praxe:

Oblast školství

Doporučujeme zlepšit komunikaci mezi rodiči žáků a školou. S tím souvisí i rodičovský dohled. Rodič musí mít sám zájem o správný vývoj svého dítěte ve společnosti a měl by při jeho výchově úzce spolupracovat se školou. Školy by měly rozvíjet různé aktivity pro děti, jako jsou volnočasové aktivity po vyučování, které by vedly k příznivému trávení volného času. Školy by při předcházení drogové závislosti mládeže měly

spolupracovat s protidrogovými institucemi , Policií ČR a Městskou policií. Měli by pořádat přednášky, semináře na tato riziková témata a podílet se tak aktivně na prevenci vzniku drogové závislosti.

Oblast zdravotnictví

Doporučujeme přísnější kontrolu problémových dětí, které inklinují k závadovému způsobu života a u kterých se již projevily příznaky drogové závislosti. Tyto děti by měly být více kontrolovány v souvislosti s možným užitím návykových látek, jako jsou alkohol či drogy. Dětský obvodní lékař by si měl každého signálu rizikového chování u dítěte všimnout a poté ihned kontaktovat příslušné orgány, které by celou situaci urychleně řešily.

Zdravotníci by měli informovat rizikové skupiny o možných nemocech a možnosti šíření u drogově závislých s ohledem na drogově závislého člověka.

Oblast sociální

V oblasti sociální prevence se domníváme, že je nutné posílit počty pracovníků, zabývajících se sociálně-právní ochranou a protidrogovou politikou. Dále doporučujeme posílit prestiž profese kurátorů, sociálních pracovníků a zaměstnanců protidrogových center, neboť jejich úloha v oblasti protidrogové prevence mládeže je nesporná.

Oblast soudnictví

Orgány obcí nebo soudy by měly využívat ve velké míře alternativní tresty u dětí a mladistvých. Doporučujeme však důsledně trestat rodičovské selhání, kdy se o děti rodiče řádným způsobem nestarají. V praxi se nejvíce trestá neomluvená docházka dítěte do školy, ale jiné případy rodičovského selhání již méně. Trestní stíhání by mělo nejvíce postihovat výrobce a distributory drog, kteří jsou nejvíce zodpovědní za lehký přístup dětí a mládeže k drogám.

ZÁVĚR

V úvodní části této bakalářské práce se seznamujeme s pojmem droga a drogová závislost. Pochopení těchto pojmů je nezbytné k tomu, abychom se mohli nadále věnovat drogové problematice. V práci také uvádíme podrobnější popis jednotlivých drog včetně důsledků a účinků. Toto nám umožní větší nadhled nad drogovými uživateli a klienty terapeutické komunity vůbec.

Při této práci bylo použito svých vlastních zkušeností, které nám byly ku prospěchu. Drogová prevence pomáhající všem lidem, kteří se s drogami setkávají či nikoliv, je nejdůležitějším faktorem na této scéně. Bakalářská práce se zabývá možnými příčinami vzniku drogové závislosti a úspěšnosti při léčbě v terapeutické komunitě. Práce se snaží přiblížit problematiku drogové závislosti u mladých lidí a je věnována pozornost možným příčinám vzniku a důvodům drogové závislosti.

Rodičům a rodině, které jsou ve většině případů původcem vzniku závislosti, není v dnešní době věnován dostatečný prostor k řešení a množství času. Rodinné vzorce chování, které jsou po podrobnějším rozboru na první pohled rizikové, dosud nikdo nedefinoval jako jednu z hlavních příčin vzniku závislosti. Rodinná prevence a výchova, „předcházení vzniku sociálně patologických jevů v rodinách“, na úrovni ambulantní či poradenské, by pomohla mnohdy včas zasáhnout a pomoci v komplikovaných rodinných situacích a krizích.

Individuální přístup ke každému klientovi, uvědomění si jedinečnosti každého člověka včetně jeho problému v tomto případě drogově závislého uživatele je cestou k pochopení jádra daného problému. Nabídnout kvalifikovanou pomoc ve formě snížení zdravotních rizik při intravenózním užívání drog, výměnu drogového materiálu, informovanost o možném předcházení vzniku smrtelných onemocnění, nabídka programů k odvykání na droze a další abstinenci, to vše přispívá k lepším životním podmínkám klientů. Ačkoliv jsou na protidrogovou problematiku vynakládány v naší společnosti nemalé prostředky, je důležité objem financí do budoucnosti alespoň zanechat.

Samozřejmě pro zlepšení stavu služeb v protidrogové otázce by ale bylo lepší finanční částky zvyšovat. Je důležité si uvědomit jaké nepřímé náklady pro stát pochází od drogově závislého člověka páchajícího trestnou činností a jaké náklady jsou určeny na protidrogovou politiku. Kvalifikovaně vydané finanční prostředky na prevenci se společnosti vrátí a budou menší než prostředky na státní aparát v postihu represe za již vzniklý problém.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. DUNOVSKÝ, J., EGGERS, H.: *Sociální pediatrie*. L. vyd. Praha: Avicentrum, 1989. 279 s. ISBN: 80-7169-254-9
2. GOODYER, P.: *Drogy + teenager*. 1. vyd. Praha: Severograf, 2001. 162 s. ISBN 80-86421-44-9
3. GÖHLERT, Ch., KÜHN, F.: *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
4. HARTL, P.: *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1
5. KALINA, K.: *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha : Nadace FILIA, 1997. 92 s. ISBN 80-238-4088-6
6. KALINA, K.: *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6
7. KRAUS, B.: *K současným problémům mládeže*. 1. vyd. Praha: Horizont, 1990. 93 s. ISBN 80-7012-027-4.
8. KÜHN, R.: *Chytré drogy*. 1. vyd. Olomouc: Adonai, 2000. 86 s. ISBN 80-86500-05-5
9. LEJČKOVÁ P., MRAVČÍK V., RADIMECKÝ J.: *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2004. 94s. ISBN 80-85490-76-5

10. MATĚJČEK, Z. a kol.: *Děti v rodinách alkoholiků*. In. Sborník studií č. 42. Praha: VÚPS, 1982.
11. NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PROVAZNÍKOVÁ, H.: *Dotazník pro dospívající-identifikující rizikové oblasti*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav Fortuna, 1998. 48 s. ISBN 80-7071-106-X
12. NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X
13. NEVŠÍMAL, P.: *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj: Magistrát hl. m. Prahy: Magdaléna, 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9
14. POLANECKÝ, V.: *Drogy: poznej svého nepřítele*. 1. vyd. Medea Kultur, 2002. 28 s. bez ISBN
15. PRESL, J.: *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X
16. PEŠEK, A., VONDRÁŠKOVÁ, A., VESELÝ, O.: *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek : ARKÁDA, 2007. 80 s. ISBN 978-80-239-9405-6
17. RIESEL, P.: *Lesk a bída drog*. 1. vyd. Olomouc: Votibia, 1999. 87 s. ISBN 80-7198-348-9
18. ROTGERS, F.: *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9
19. SHAPIRO, H.: *Obrazový průvodce drogy*. 1. vyd. Praha: Svojtka , 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0

20. SKÁLA, J.: *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 206 s. ISBN 08-077-87
21. SOCHŮREK, J.: *Úvod do sociální patologie*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2009. 186 s. ISBN 978-80-7372-448-1
22. SOCHŮREK, J.: *Vybrané kapitoly ze sociální patologie. II. díl*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec, 2001. 47s. ISBN 80-7083-495-1
23. VIŠŇOVSKÝ P., BEČKOVÁ I.: *Bludný kruh toxikománií*. Hradec Králové: E. I. A, 1998. 114 s. ISBN 80-85490-76-5
24. ZÁBRANSKÝ, T.: *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4
25. ZÁBRANSKÝ, T.: *Racionální protidrogová politika*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. 119 s. ISBN 80-7198-250-4
26. *Drogy a zákon* [databáze online]. Drogy-info.cz, , [cit. 6.7.2009]. Dostupné z URL http://www.drogynfo.cz/index.php/info/drogy_a_zakon
27. *Policejní prezidium. Legislativní odbor*. Praha [cit. 9.7.2009]. Dostupné z URL <http://ppportal.pcr.cz/kancelar/stare/siar/2006/2006.htm>. Databáze Policie České republiky.
28. *Policejní prezidium. Legislativní odbor. Praha* [cit. 9.7.2009]. Dostupné z URL <http://ppportal.pcr.cz/kancelar/stare/siar/1995-2002/index.htm>. Databáze Policie České republiky.
29. *Policejní prezidium. Legislativní odbor. Praha* [cit. 13.7.2009]. Dostupné z URL <http://ppportal.pcr.cz/kancelar/stare/siar/2009/2009.asp>. Databáze Policie České republiky.

30. *Silmarilli blog*, [cit. 31.7.2009]. Dostupné z URL <http://angelblack.blog.cz/0610/drogy-zavislost>
31. *Statistické přehledy objasněnosti v letech 2007 a 2008* [databáze online]. Policie ČR, [cit. 15.9.2009]. Dostupné z URL <http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-725362.aspx>
32. *Stejnopisy - sbírka zákonů* [databáze online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, [cit. 12.7.2009 a 24.2.2010]. Dostupné z URL <http://www.mvcr.cz/clanek/sbirka-zakonu-stejnopisy-sbirky-zakonu.aspx>
33. *Terapeutická komunita Advaita- výroční zprávy v letech 2006-2008* [databáze online]. Advaita, [cit. 5.10.2009]. Dostupné z URL <http://advaitaliberec.cz/onas/vyrocnizpravy>
34. *Úroveň vzdělání obyvatelstva podle výsledů sčítání lidu 2001* [databáze online]. Český statistický úřad, [cit. 3.a 4.9.2009]. Dostupné z URL [http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002AC9D6/\\$File/411303a3.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/F6002AC9D6/$File/411303a3.pdf)
35. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2005* [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL <http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizpravaostavuvevecechdrogvcrvrole2005>
36. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2006* [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 5.7.2009]. Dostupné z URL <http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizpravaostavuvevecechdrogvcrvrole2006>

37. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2007* [databáze online]. Drogy-info.cz, [cit. 4-7.7.2009]. Dostupné z URL <http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizpravaostavuvevecechdrogvceskerepublicevr2007>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Vzor dotazníku pro obyvatele terapeutické komunity

Dotazník pro obyvatele terapeutické komunity

Děkuji, za pravdivé vyplnění tohoto dotazníku.
(u otázek s více možnostmi, prosím zakroužkujte správnou odpověď)
Dotazník je zcela anonymní, v žádném případě nevyplňujte své jméno.

1. Jste muž žena
2. Váš věk je _____
3. Vaše dosažené vzdělání je
- a. základní
- b. vyučen-a
- c. středoškolské
- d. vysokoškolské
4. Pocházíte z úplné rodiny? ano ne
5. Když jste bydlel-a doma byli Vaši rodiče zaměstnání? ano ne
6. Byl někdo z Vaší rodiny ve výkonu trestu?
- a. otec
- b. matka
- c. někdo jiný – kdo _____
- d. nikdo

7. Jaké vzdělání má otec?

- a. základní
- b. vyučen oboru
- c. střední s maturitou
- d. vysokoškolské
- e. nevím

8. Jaké vzdělání má matka?

- a. základní
- b. vyučena oboru
- c. střední s maturitou
- d. vysokoškolské
- e. nevím

9. Požíval někdo ve Vaší rodině často (ve větší míře) alkohol nebo drogy?

(pokud oba rodiče, zakroužkuj oba)

- a. otec
- b. matka
- c. někdo jiný - kdo _____
- d. nikdo

10. Týral Vás – zneužíval Vás někdo, když jste byl malý-á?

- a. otec
- b. matka
- c. někdo jiný - kdo _____
- d. nikdo

11. V kolika letech jste poprvé vzal-a, užil-a drogu (alkohol –alkoholově závislý) a uveďte kterou?

bylo mi _____ vzal-a jsem _____

12. V kolika letech jste začal-a pravidelně brát drogy?

13. Jaká byla Vaše hlavní droga (na čem jste byl-a závislý-á)?

14. Jaký byl dle Vašeho názoru důvod proč jste začali experimentovat s drogami (co Vás k tomu vedlo- zvědavost, kamarádi, nuda, útěk od starostí aj.)?

15. Myslíte si, že rodinné prostředí, kde jste vyrůstal-a přispělo k Vaší drogové závislosti?

ano ne

16. Kolikrát jste byl-a v terapeutické komunitě, nebo podobném zařízení a přesto se vrátil-a k závislosti na Vaší droze?

17. Co Vás přivedlo k opětovnému braní drogy (v případě že se neléčíte poprvé), proč jste selhal-a ?

18. Páchal jste trestnou činnost, aby jste získal-a peníze na drogu? ano ne

19. Byl-a jste trestán-a soudem za trestnou činnost? V případě, že ano uveďte kolikrát probíhalo trestní řízení.

ano ne kolikrát _____

20. Provozoval-a jste prostituci, aby jste získal-a peníze na drogu? ano ne

21. Kolik peněz (odhadem) jste vydal-a za nákup drog za období Vaší závislosti?
_____ Kč

22. Můžete se vrátit domů (k rodičům, přítelkyni, příteli aj.) po ukončení terapie?

ano ne

23. Co bude pro Vás nejhorší (čeho se obáváte) po ukončení léčby v TK ?

24. Na co Vás pobyt v TK dobře připravil?

Ještě jednou děkuji, že jste mi věnoval-a svůj čas, velice si Vaší pomoci vážím.
Získané údaje budou použity v rámci mé bakalářské práce bez uvedení jakýchkoliv
identifikačních údajů.